

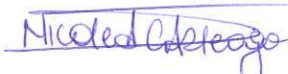
## DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **NICOLE GABRIELA CAMACHO ARTEAGA** con **CC. 172269779-2**, autora del trabajo de graduación intitulado: **"LA ESTRUCTURACIÓN DE LA FEMINIDAD Y SU RELACIÓN CON EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO (SOP)"**. Estudio realizado desde la Teoría Psicoanalítica en mujeres con diagnóstico de SOP entre 18 a 25 años de la ciudad de Quito, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2019



**NICOLE GABRIELA CAMACHO ARTEAGA**  
**CC. 172269779-2**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**LA ESTRUCTURACIÓN DE LA FEMINIDAD Y SU RELACIÓN CON EL  
FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: SÍNDROME DE OVARIO  
POLIQUÍSTICO (SOP)**

**Estudio realizado desde la teoría psicoanalítica en mujeres con diagnóstico de  
SOP entre 18 a 25 años de la ciudad de Quito**

**NICOLE GABRIELA CAMACHO ARTEAGA**

**DIRECCIÓN: PAULINA BARAHONA CRUZ**

**QUITO, 2019**

## **Agradecimientos**

A mi madre y a mi padre, por la vida.

A mis abuelos, por el apoyo incondicional.

A mis amigos, Jessica y Sebastián, por la compañía.

A Paulina Barahona Cruz, por su paciencia y compañía.

Al Gran Espíritu por la oportunidad de poder cerrar este ciclo.

## Índice

Índice de Tablas.....	VII
Índice de Ilustraciones.....	VIII
Resumen.....	IX
Introducción .....	X
1.    CAPÍTULO I LA ESTRUCTURACIÓN DE LA FEMINIDAD .....	7
1.1 El complejo de Edipo y la niña.....	7
1.2 La castración y la feminidad .....	9
1.3 La identificación con la madre .....	11
1.4 Posturas post-freudianas.....	13
1.4.1 Françoise Dolto.....	13
1.4.2 Julia Kristeva.....	15
2.    CAPÍTULO II APROXIMACIONES TEÓRICAS DEL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO .....	20
2.1 Definición.....	20
2.1.1 Diferencias con el síntoma conversivo.....	22
2.2 Concepciones actuales sobre el fenómeno psicosomático.....	23
2.2.1 Luis Chiozza .....	23
2.2.2 Juan David Nasio .....	25
2.2.3 Joyce McDougall .....	27
3.    CAPÍTULO III EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO.....	30
3.1 Definición.....	30
3.1.1. Anomalía en la producción y metabolismo de andrógenos .....	30
3.1.2 Períodos menstruales irregulares.....	31
3.1.3 Presencia de múltiples masas (quistes) en los ovarios .....	34
3.2 Hipótesis Psicosomáticas .....	34
4.    CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA ESTRUCTURACIÓN DE FEMINIDAD Y EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO .....	38
4.1 Hipótesis y Metodología .....	38
4.1.1 Población.....	40
4.2 Análisis de resultados.....	40
4.2.1 Entrevista Semiestructurada.....	41
4.2.2 Test de la Figura Humana .....	55
4.2.3 Discusión de Resultados .....	61
4.2.4 Discusión por indicadores .....	64
Conclusiones .....	67
Recomendaciones.....	69
Bibliografía.....	70
Anexos.....	72

## Índice de Tablas

Tabla 1.....	39
Tabla 2.....	40
Tabla 3.....	41
Tabla 4.....	42
Tabla 5.....	43
Tabla 6.....	44
Tabla 7.....	46
Tabla 8.....	48
Tabla 9.....	50
Tabla 10.....	52
Tabla 11.....	54
Tabla 12.....	56
Tabla 13.....	57
Tabla 14.....	58
Tabla 15.....	59
Tabla 16.....	60
Tabla 17.....	61
Tabla 18.....	62
Tabla 19.....	63
Tabla 20.....	63
Tabla 21.....	64

## **Índice de Ilustraciones**

Ilustración 1 .....	55
Ilustración 2 .....	57
Ilustración 3 .....	58
Ilustración 4 .....	59
Ilustración 5 .....	60

## **Resumen**

El fenómeno psicosomático corresponde a la manifestación en el cuerpo de los conflictos no apalabrados. La presente investigación pretendió analizar la relación que existe entre la estructuración de feminidad y el fenómeno psicosomático: Síndrome de Ovario Poliquístico. En primer lugar, sistematizó la estructuración de la feminidad a partir de la teoría psicoanalítica, luego se revisó teóricamente al fenómeno psicosomático, a continuación, se describió el Síndrome de Ovario Poliquístico y sus síntomas desde perspectiva médica con sus respectivas hipótesis psicosomáticas.

Metodológicamente, se presentó el estudio de 5 casos de mujeres de 18 a 25 años de la ciudad de Quito. La hipótesis que se planteó fue: Los conflictos presentes, no resueltos y no apalabrados en la estructuración de la feminidad inciden en la formación del fenómeno psicosomático en el SOP. Se aplicó una guía de entrevista semiestructurada y el test de la Figura Humana de Machover. Los resultados apuntaron a que la estructuración de la feminidad varía en cada mujer y dependen de su historia de vida, además que las naturalezas ambivalentes de la relación de la madre con la niña dan lugar a la formación del fenómeno psicosomático: SOP. El conflicto con respecto a lo femenino que no pudo ser puesto en palabras aparece en los órganos femeninos.

## Introducción

La relación que existe entre el cuerpo y la psique ha sido por mucho un tema de estudio en la teoría psicoanalítica, los estudios con respecto al fenómeno psicosomático dan cuenta de ello. La presente investigación toma en cuenta al fenómeno psicosomático: Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) en tanto es una disfunción endocrino-metabólica, presente en un 6.5% - 10% de mujeres en edad fértil, la etimología de la enfermedad es desconocida, y sus síntomas se ignoran y varían de una mujer a otra en la mayor parte de casos (Sir-Petermann, Preslier, & Magendzo, 2013). Actualmente la posición de la mujer y lo femenino son cuestionados constantemente, sin embargo, es importante explorar como se estructura la feminidad para poder entender de qué forma esta se relaciona con el apareamiento del fenómeno psicosomático.

La pregunta que guiará la presente investigación, de tipo exploratoria, es la siguiente: ¿Qué relación existe entre la estructuración de la feminidad con el fenómeno psicosomático: Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)?

El objetivo general de la investigación es analizar la relación que existente entre la estructuración de feminidad y el fenómeno psicosomático Síndrome de Ovario Poliquístico. La hipótesis que guiará la disertación es: Los conflictos presentes, no resueltos y no apalabrados en la estructuración de la feminidad inciden en la formación del fenómeno psicosomático en el SOP. Para esto, en el primer capítulo sistematizará a la estructuración de la feminidad, se tomará en cuenta a Sigmund Freud y se revisará lo escrito con respecto al complejo de Edipo y la niña, así como la castración y feminidad a partir de Jean Jacques Lacan. De ambos autores se describirá la identificación con la madre, esto se ampliará tomando en cuenta las posturas post- freudianas de Françoise Dolto y Julia Kristeva.

El segundo capítulo corresponde a aproximaciones teóricas del fenómeno psicosomático, se lo definirá haciendo una diferenciación con el síntoma conversivo. Después se mencionarán las posturas contemporáneas de Luis Chiozza y Joyce McDougall.

El tercer capítulo se enfocará en el Síndrome de Ovario Poliquístico, como primer punto se lo definirá de acuerdo a la perspectiva médica, luego se describirán los síntomas más frecuentes de la enfermedad. Se revisarán hipótesis psicosomáticas con relación al primer capítulo.



El cuarto y último capítulo consistirá en el análisis de la relación existente entre la estructuración de feminidad y el fenómeno psicósomático: Síndrome de Ovario Poliquístico, para lo cual se revisarán 5 casos de mujeres de entre 18 a 25 años con diagnóstico de SOP en la ciudad de Quito. Las participantes serán elegidas por muestreo intencional o a conveniencia, además del método de bola de nieve. Se escoge esta población debido a que la gran incidencia de la enfermedad en edad fértil permite que sea una muestra accesible para realización del estudio. Se realizará una entrevista y aplicará el Test de la Figura Humana, en este capítulo se expondrá también los resultados de la investigación, cuya conclusión principal consiste en que, la estructuración de la feminidad es distinta en cada mujer y dependen de su historia de vida. La relación de naturaleza entre la madre y la niña son el camino para la formación del fenómeno psicósomático: SOP, aquellos conflictos con lo femenino que no se apalabraron son manifestados a través de la enfermedad.

# **1. CAPÍTULO I**

## **LA ESTRUCTURACIÓN DE LA FEMINIDAD**

En Psicoanálisis, la feminidad está determinada por la cultura, es decir se ubica en el orden de “lo simbólico”, sin embargo, para comprender su estructuración es necesario tomar en cuenta a “lo real” del cuerpo con respecto a la sexualidad. Para ello se elaborará el recorrido que atraviesa la mujer empezando por el complejo de Edipo y la niña, seguido de la resolución; que ésta habrá de darle a la castración para darle paso a la feminidad, la resolución permitirá conocer los vínculos afectivos que han de determinar su identificación con la madre, y por lo tanto con lo femenino.

En el presente capítulo se examinará lo propuesto por Sigmund Freud y Jean Jacques Lacan con respecto al Complejo de Edipo, la castración, la ligazón –con la madre– y el estadio del espejo. Además, se tomarán en cuenta las posturas post-freudianas de Françoise Dolto y Julia Kristeva con el fin de ampliar el entendimiento del tema.

### **1.1 El complejo de Edipo y la niña**

En 1910, Freud, después de sus de sus estudios con respecto a la sexualidad infantil, introduce al Complejo de Edipo, el cual refiere su nombre a la tragedia griega escrita por Sófocles, *Edipo Rey*, cuyo protagonista busca rehuirle a su destino, revelado por el Oráculo. Búsqueda que lo guía a enfrentarse inevitablemente con la verdad, que corresponde al principio universal de la castración, por la que cada sujeto deberá atravesar de forma particular.

En la fase previa al Edipo, también llamada pre-edípica; el niño y la niña hacen su primera elección de objeto, en ambos casos será la madre o quién se encargue de suplir las necesidades básicas del recién nacido, es decir nutrirlo, limpiarlo, vestirlo y brindarle afecto.

Esta primera relación forma la ligazón –con la madre–, que es la que determinará los primeros vínculos afectivos del pequeño, “en ella se prepara la adquisición de aquellas cualidades con las que luego cumplirá su papel en la función sexual” (Freud S. , 1968/1991, p. 124) Y dará lugar a la instauración del complejo, el cual comprende dos vías, una negativa que consiste en la identificación y enamoramiento de la figura paterna del mismo sexo, y una rivalidad con la del sexo opuesto; y una positiva

que, en el caso de la mujer, pasa a formar ahora la ligazón –con el padre–, el objeto de amor se vuelca al padre, desplazando al primero que era la madre, todo eso debido a la decepción que esta le genera.

“El endoso de ligazones afectivas del objeto madre al objeto-padre constituye, en efecto, el contenido principal del desarrollo que lleva hasta la feminidad” (Freud S., 1933, p. 232). Sin embargo, la ligazón –con el padre– particularmente intensa requerirá tener el antecedente de una ligazón –con la madre– exclusiva, de igual apasionamiento. La relación que tiene la niña durante los primeros años de vida con la madre, ha de ser la que determine a su vez la relación que esta tiene con el mundo externo, que en primera instancia estará representado por el padre.

Para Freud (1968/1991) la vuelta al padre por su parte, consiste en la resignación del deseo del pene para remplazarlo por el deseo de un hijo, representa para la niña además de una oportunidad para subsanar la falla cometida por la madre, una posibilidad de obtener del padre un hijo que represente el falo que se le ha sido despojado. La niña se posiciona como una pequeña mujer celosa de la madre, y la fantasía de poder darle un hijo al padre abre el camino a la construcción de su feminidad.

El Complejo de Edipo es algo tan sustantivo que no puede dejar de producir consecuencias, cualquiera que sea el modo en que se caiga en él o se salga de él. En el caso de la niña el complejo puede ser abandonado paulatinamente, tramitado por represión, o sus efectos pueden intervenir en la vida anímica normal de la mujer. La instauración del superyó a través de la castración no deviene tan implacable, impersonal e independiente de sus orígenes afectivos como en el caso del hombre. Si bien la comprensión de la ley del incesto ha de permitir que la niña se instaure en la cultura, esta podría representar también temor a perder el amor de la madre, que se ha de perder a causa de darle un hijo al padre (Freud S. , 1925/1974).

En otras palabras, “si el yo no ha logrado efectivamente mucho más que una represión del complejo, este subsistirá inconciente en el ello y más tarde exteriorizará su efecto patógeno” (Freud S. , 1924/1992, p. 185).

En el caso de la niña el Complejo de Edipo es el resultado de un desarrollo más prolongado en comparación al del varón. “La mujer llega a situación edípica normal positiva luego de superar una prehistoria gobernada por el complejo negativo” (Freud S. , 1931/1992, p. 228), en el que el padre es un rival fantasioso. El pasaje no cesa con la castración, sino que es creado por él, e influenciado a su vez por el quehacer fálico, el hecho de que sea o no descubierto, así como el grado de impedimento que se vivencie

tras su descubrimiento determinará la posición de la niña. En algunos casos es incluso posible que la mujer nunca lo supere.

## 1.2 La castración y la feminidad

El Complejo de Edipo, contemporáneo a la fase fálica de la infancia en la que el falo toma la primacía, se articula en función de la castración, “mientras que el Complejo de Edipo del varón se va al fundamento debido al complejo de castración, el de la niña es posibilitado e introducido por este último” (Freud S. , 1925/1974, p. 275). La niña no soportará la renuncia al pene sin un intento de compensación a la falta. El complejo es abandonado después poco a poco porque el deseo no se cumple nunca, ni el de poseer un pene, ni el de recibir un hijo, sino que permanece en lo inconsciente, fuertemente investido y contribuye a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual (Freud S. , 1924/1992). El reconocer la diferencia anatómica entre los sexos le permite a la niña apartarse de la masculinidad y dirigirse al desarrollo de la feminidad.

Freud (1924/1992) señala que en el siguiente estadio de la organización genital infantil es posible hacer referencia a lo *masculino*, pero no a lo femenino, la oposición se evidencia entre el *genital masculino*, o *castrado*. Ya en la pubertad la polaridad sexual coincide con *masculino* y *femenino*. Lo masculino reúne el sujeto, la actividad y la posesión del pene, mientras que lo femenino, contiene el objeto y la pasividad. La vagina es apreciada entonces como albergue del pene, y recibe la herencia del vientre materno. Más tarde, en 1925, Freud corrobora esta hipótesis al mencionar que, durante la pubertad se da en la niña una oleada represiva que eliminará gran parte de la sexualidad masculina para dar lugar al desarrollo de la feminidad, sin embargo, propone también la posibilidad de que este pasaje no cumpla su meta.

En la adolescencia, el Complejo de Edipo es retomado y determinará en la mujer sus posiciones femeninas y masculinas de acuerdo al camino tomado: “El primero corresponde al investir la zona erógena y hacer de la vagina un continente del falo. Vía que permite que la mujer pueda identificarse con la feminidad, la niña “toma al padre como objeto y así halla la forma femenina del complejo de Edipo” (Freud S. , 1931/1992, p. 232), es decir que espera que sea el padre quien le otorgue el pene que le negó la madre.

Otro camino, es el de la inhibición sexual, la sexualidad es negada a consecuencia de la represión de la condición femenina, “la mujercita, aterrorizada por la comparación

con el varón, queda descontenta con su clítoris, renuncia a su quehacer fálico, y con él, a la sexualidad en general, así como a buena parte de su virilidad en otros campos” (Freud S. , 1931/1992, p. 231). Aquí se podría plantear la hipótesis de que la niña renuncia a su sexualidad y con ello a la posibilidad de ser madre. El último camino tiene que ver con el *complejo de masculinidad*, cuando la niña denota en el niño el pene visible y de tamaño notable cae víctima de la envidia del pene, quiere tenerlo, por lo que la castración es negada. La sexualidad se mantiene en la masturbación clorídea, la cual es entendida como una práctica masculina, dando cabida a la vergüenza de la identificación con lo femenino, es decir femenino significa carente.

La sexualidad femenina en la infancia se desarrolla en torno al clítoris como zona genésica, la vida sexual de la mujer implica el carácter masculino a esto se refiere Freud al mencionar que

El clítoris de la niñita se comporta al comienzo en un todo como un pene, pero ella, por comparación con un compañerito de juegos, percibe que es “demasiado corto” y se siente este hecho como un perjuicio y una razón de inferioridad. Durante un tiempo se consuela con la expectativa de que después, cuando crezca, ella tendrá un apéndice tan grande como el de un muchacho. Es en este punto donde se bifurca el complejo de masculinidad de la mujer (Freud S. , 1924/1992, p. 186).

Este sentimiento de inferioridad se establece en la niña como una cicatriz, e intenta explicar su falta de pene como un castigo personal, a la vez que se identifica con el niño y comparte con él, el menosprecio hacia el sexo mutilado. “Ella reconoce el hecho de su castración y, así, la superioridad del varón y su propia inferioridad, pero también se revuelve contra esa situación desagradable” (Freud S. , 1931/1992, p. 231)

La envidia del pene antes mencionada, no deja de existir aun cuando se haya renunciado a su objeto. Se transforma en celos por la madre, de quien se supone ha de querer más al niño por tener un falo, refiriendo a otra de las consecuencias de esta envidia que tiene que ver con lo que Freud (1925/1974) llama el aflojamiento de los vínculos tiernos con el objeto-madre. La castración ha de generar en la niña una angustia frente a la falta que le ha propiciado la madre al arrebatarle la posibilidad de tener un falo, dando lugar a la separación de la ligazón-madre, reforzando a su vez la identificación-padre de las etapas previas.

Es decir que, en el caso de la niña la castración determinará el inicio del Complejo de Edipo, al reconocer una diferencia entre los sexos y a sí misma como carente de pene

y le hará comprender la ley del incesto para que se pueda introducir en la cultura. Todo esto en función de la relación con su madre, que ha de ser ambivalente en tanto ella representa su primer objeto de amor y su primer referente carente también de pene. La relación con la madre entonces ha de dar paso a que la niña structure su feminidad a partir del encuentro con la castración del sexo femenino.

### **1.3 La identificación con la madre**

Comprender la identificación con la madre requiere entender también el abandono de la ligazón –con la madre–, que está precedida por la hostilidad de la niña hacia la madre, quien “la nutrió de manera insuficiente, no cumplió todas las expectativas de amor, por último, incitó primero el quehacer sexual propio y luego lo prohibió” (Freud S. , 1931/1992, p. 115). Es decir, la madre no la alimentó durante el tiempo suficiente por lo que no pudo darle un pene, no la amó de manera exclusiva. La forzó a compartir el amor materno con otro, y tocó sus genitales, pero luego le negó a la niña la posibilidad de tocarlos ella misma y obtener placer de ello.

La fase de ligazón –con la madre– deja conjeturar un nexo con la etiología de la histeria, ambas cuentan con caracteres particulares de la feminidad, en este se halla el germen de la posterior paranoia de la mujer, paranoia que recae en la angustia del ser devorada por la madre. Freud supone que correspondería a una hostilidad desarrollada en la niña contra la madre a consecuencia de las limitaciones de la educación y el cuidado del cuerpo. El abandono de esta ligazón –con la madre– involucra además el extrañamiento respecto de la madre, la niña que en un inicio considera a la castración como algo personal, eventualmente la extiende al sexo femenino, incluyendo a su madre, quien también esa castrada, permitiendo que pueda abandonarla como su objeto de amor (Freud S. , 1931/1992).

Ahora, para que se dé la identificación con la madre, es necesario que la niña se dé cuenta de que su relación no es “perfecta” sino que está incompleta. En tanto la pérdida tenga cabida hará que pueda elaborar el concepto de pertenencia, al evidenciar la existencia de algo que es interno y externo al cuerpo, en este caso específicamente su madre.

Una vez que se reconoce lo “externo” se puede remitir al llamado estadio del espejo propuesto por Lacan como una identificación “a saber, la transformación producida en el

sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está suficientemente indicada por el uso, en la teoría, del término antiguo imago” (Lacan, 1936/2009, p. 100).

El reflejo es visto como una totalidad amenazada por la fragmentación del cuerpo, lo cual generará angustia que ha de ser resuelta con la identificación con la imagen, dando lugar a la formación del Yo. A medida que la niña se ve reflejada en el espejo se reconoce a sí misma en la imagen vista, sin embargo, este Yo al construirse a partir del imago, se constituye ilusoriamente en el Otro, específicamente en función el deseo de la madre. La identificación no se estructura únicamente a partir de la imagen, sino que tiene como antecedente los actos y palabras de la madre.

La niña se reconoce en lo que la madre puede ver de ella, las significaciones que le da y la forma en la que se expresa con respecto a ella, ya sea con ternura o con rigidez. Las expresiones que han de determinar la relación de la pequeña con el mundo que la rodea y con la madre, de quien aprehenderá la función materna. La fase de ligazón con la madre reclama una significación mayor en la mujer: muchas mujeres que han escogido a su marido según el modelo del padre o lo han puesto en el lugar de este, repiten con él en el matrimonio, la relación que tenían con la madre. Aquí, vale poner en cuestión que no es únicamente la progenitora quien se encargará de la identificación con lo materno, sino que el padre juega un papel fundamental, es él quien le permite también asumir su feminidad. A ello se refiere Freud cuando menciona que,

Las investiduras de objeto son resignadas y sustituidas por identificación. La autoridad del padre, o de ambos progenitores, introyectada en el yo, forma ahí el núcleo del superyó, que toma prestada del padre su severidad, perpetua la prohibición del incesto y así, asegura al yo contra el retorno de la investidura libidinosa del objeto. Las aspiraciones libidinosas pertenecientes al complejo de Edipo son en parte desexualizadas y sublimadas, lo cual probablemente acontezca con su meta y mudadas en mociones tiernas (Freud S. , 1924/1992, p. 184).

Por lo tanto, las primeras identificaciones de la niña darán origen al Ideal de Yo, a partir de lo que le muestra la madre a su hija se establecerán semejanzas que darán lugar a la estructuración de la niña en el imago de la feminidad. Para Lacan, la madre además de codificar las necesidades del bebé ha de ser la que las construye, en función de ello, la

niña ha de leer la satisfacción de sus necesidades en las palabras y gestos esbozados en la madre.

## **1.4 Posturas post-freudianas**

A continuación, se hará una revisión de lo propuesto por Françoise Dolto y Julia Kristeva. De la primera autora se trabajará la imagen inconsciente del cuerpo en relación a la identificación con la feminidad, y de la segunda se examinará lo planteado acerca al orden fálico y la posición femenina con respecto al Hacer, el Ser y la maternidad.

### **1.4.1 Françoise Dolto**

La posición de Françoise Dolto, en sus textos *En el juego del deseo* (1981) y *La imagen inconsciente del cuerpo* (1986) con respecto a la feminidad envuelve el reconocimiento previo que la autora le da al bebé como sujeto, dándole el carácter de humano articulado por la palabra y limitado por la castración. Sujeto que además existe en función del deseo, deseo de la madre que permite validar y legitimar al niño, sobre el Complejo de Edipo femenino plantea que

(...) es vivido por la niña que, aún no madura fisiológicamente, pero sabiéndose futura mujer, quiere gozar ya de los poderes de una mujer socialmente reconocida como tal, poseedora de un niño vivo, donde su padre, cuyo fruto simbólico desea portar como prenda visible de su feminidad, reconocida y fecundada por él (Dolto, 1999, p. 44).

La envidia del pene desde la perspectiva de Dolto (1999) duraría hasta que la madre sea capaz de esclarecer las dudas de la niña y de poner en palabras la diferencia de los sexos. Entender cómo se hace un bebé, cómo habrá de nacer, y cómo funciona la prohibición de la ley del incesto permite que la niña se reconozca como perteneciente al sexo femenino, y en un futuro podrá ser también madre, es decir que se identifique con su progenitora y esté a la espera de la entrega de un hijo.

El rol dominante que hasta entonces desempeña la madre permite la identificación, que se pone en evidencia cuando la niña juega fantasiosamente a “ser la madre”, usando sus accesorios femeninos, tacones, vestidos, maquillaje. El deseo de la madre pasa a ser



a su vez el deseo de la niña. La relación entre ambas es por lo tanto de carácter ambivalente, por una parte, la madre representa un rival con quién deberá pelear por el amor del padre, y por otra; un objeto de amor que le proporciona cuidados y es modelo a seguir para poder ser de agrado del padre. La madre es la primera representación de feminidad, y es ella misma la que se encargará de que la niña se sienta o no orgullosa de ser mujer.

Entender el proceso de identificación de la niña con el ser mujer implica abordar lo denominado por Dolto (1986) como *la imagen inconsciente del cuerpo*, propia de cada sujeto en tanto está fundada en su historia personal, da cuenta de la relación del bebé con sus progenitores. No hace referencia únicamente a la imagen corporal dada a nivel anatómico, sino que tiene que ver con las representaciones simbólicas y las representaciones previas a la adquisición del lenguaje en el sujeto desde la gestación hasta el tercer año de vida aproximadamente, que luego pasarán a ser reprimidas, dándole a la imagen justamente el carácter de inconsciente.

En esta imagen se inscriben emociones producto de la socialización humana, que le permiten al sujeto tener un sentido de realidad, en el que su cuerpo está separado del de su madre y por ello, posee autonomía. El lenguaje y su relación con el cuerpo es el encargado de construir la imagen inconsciente del cuerpo en el bebé, fundando la base de la simbolización en este. Las expresiones verbales y no verbales que perciba la niña con respecto a la feminidad serán las determinantes de su identificación con lo femenino.

La construcción de una imagen del cuerpo distorsionada por su parte, tiene que ver directamente con la relación de la niña con el Otro (la madre), que no fue capaz de proveerle palabras suficientes para que constituya su imagen, y por ello no pueda instaurarse en relación al deseo del Otro. “Es por la relación de lenguaje entre el sujeto niño y su entorno, por lo que la generalidad del proceso de articulación de la imagen del cuerpo y del esquema corporal se configura como personalización narcisista defensiva del sujeto” (Dolto, 1986, p. 184)

Para Dolto, entonces la estructuración de la feminidad tiene que ver en primer lugar con el pasaje de la niña por el Complejo de Edipo, cómo es capaz de asumir su castración. Y segundo con la que la niña puede incluirse como perteneciente al sexo femenino, de acuerdo a lo que sus padres le han podido transmitir a través del lenguaje verbal y no verbal. El reconocimiento de lo que significa ser mujer para la niña está dado por lo articulado en el lenguaje de sus cuidadores primarios. O sea que, lo que la madre supo o no transmitir a la niña ha de determinar su identificación lo femenino y el ser mujer.

### 1.4.2 Julia Kristeva

Con respecto a la estructuración de la feminidad, Julia Kristeva, retoma lo propuesto por Freud con respecto al Complejo de Edipo y refiere al *kairos* fálico, “llamamos fálico a la conjunción, el encuentro, el cruce entre la importancia del símbolo –del pensamiento– por un lado, y la excitación genital por el otro” (Dolto, 1986, p. 184). *Kairos* propio de la genitalidad infantil, en el que la primacía del falo condiciona el Complejo, falicismo que se reprime haciendo al inconsciente también fálico.

A lo que Freud le llamó ligazón con la madre, Kristeva lo relacionó con lo semiótico, en esta relación interviene el otro (el padre) y con él, el lenguaje. “Al adquirir y consolidar su capacidad de hablar, de medirse según la ley de los otros, de entrar en el orden (del pensamiento y la sociedad), la niña formará parte del orden fálico” (Clement & Kristeva, 1998, p. 80), representado por el Hacer, dado en la racionalidad y en la inyección de los significantes. El Ser por otra parte se ha de establecer en lo irracional, lo emocional, lo femenino.

Ambos autores concuerdan además en que, en el caso de la niña la asunción fálica se concentra en el clítoris, sobre ello se plantea que “el falo en tanto significante de la falta, así como de la ley, sostenido en el imaginario por el pene, es desde el principio percibido-pensado por la niña como extraño” (Kristeva, 1998, p. 62). El placer clitorídeo, invisible e inubicable disocia al sujeto mujer del falo, como un significante privilegiado, dando lugar al orden de lo *ilusorio* en el orden fálico-simbólico, dejando en la mujer la creencia de lo ilusorio en el falo y en el lenguaje.

Kristeva (1998), propone la universalidad de la referencia fálica, en la que el sexo femenino ha de manifestarse a través del Ser, mientras que lo masculino en el Hacer. El monismo fálico, es entonces el organizador central del inconsciente, es ilusorio y estalla bajo la amenaza de la castración, es decir es susceptible a perderse. La mujer ha de sostenerse en la negación al referir la primacía del falo al hombre que “no soy”, “yo no soy aquello que es”, “yo soy de todas formas, a fuerza de no ser”. El orden ilusorio del falo para la mujer implica un aparente “realismo”, en el que ella no para de hacer, porque ella no cree en él puesto que es una ilusión.

Con respecto al Hacer, se podría decir que de ahí las mujeres sean reconocidas como genios, precoces, locuaces (habladores), capaces de *hacer* varias cosas a la vez y hacerlas

bien, este Hacer sin embargo es el mismo que puede guiar a la niña a una ambición por el falo.

Al luchar contra la extrañeza del falo, la niña fálica –que quiere “tenerlo” ella también, de la misma forma que el niño– se vuelve más papista que el papa, santa, mártir y militante de un significante cuyas zonas erógenas son movilizadas en su totalidad para negar lo ilusorio, en el cual ella quiere convencerse de creer... dura (duro) como el hierro (Kristeva, 1998, p. 65)

La autora hace una reflexión interesante con respecto a la posición de la mujer inscrita en lo ilusorio del falo. Propone a la ilusión como vía para conducirla bien a la regresión depresiva pre-edípica en la que la atracción de la sombra del objeto se vuelve inevitable, o bien al abandono de la extrañeza de lo simbólico en beneficio de una sensorialidad innombrable, quejosa, muda, suicida (Kristeva, 1998).

El Ser, por otro lado, está ligado directamente con lo femenino, Kristeva (1998), propone el Ser en plano del espacio-tiempo de lo desconocido, que corresponde a un estadio pre-verbal, anterior a la adquisición del lenguaje, quedando inalcanzable por la razón como objeto. Vincula lo femenino directamente con el erotismo, la pulsión de vida mueve a la persona a realizar el acto sexual en función del deseo inconsciente de reproducir vida. El erotismo se asocia a la maternidad, haciendo de lo femenino, una forma de prolongar la vida.

Si bien de una *mujer* no se puede decir lo que es (so pena de abolir su diferencia), tal vez no ocurra lo mismo con la madre, dado que esta es la única función del “otro sexo” a la que podemos atribuir, con absoluta seguridad, una existencia” (Kristeva, 2000, p. 209).

La maternidad se convierte en la expresión pura del Ser, implica completud para la mujer que ha de investir al niño como la presencia del falo, permitiéndole participar en el orden del Hacer, y con ello estar completa, sin falta. Es necesario, sin embargo, que la madre renuncie a la plenitud con el fin de que su hijo se instaure en la cultura y se convierta en sujeto, proceso en el que ha de intervenir el padre.

La posición que ha de tomar la mujer con respecto al orden establecido plantea dos posibilidades, la primera involucra su anulación frente al falo, cuya resolución es

precisamente la maternidad, pues le permite generar vida. La segunda tiene que ver con la *masculinización*, que se relaciona con la participación activa del orden fálico, aunque eso implique por una parte una posible “exclusión” y por otra, la intervención mordaz que pretende reivindicar la importancia del Ser, y con ello de lo femenino, dando lugar a una posición irónica y contradictoria (Sacoto & Luzuriaga, 2008).

Aquí se puede poner en cuestión ¿Qué ocurre entonces con aquellas mujeres que se niegan psíquica o físicamente la posibilidad de ser madre?, a lo que Kristeva responde diciendo que, la no maternidad en la mujer le genera la sensación de nunca poder alcanzar el Ser. Dando lugar a la insatisfacción del deseo, deseo que implica sentirse llena a nivel psíquico y físico. Se puede concluir entonces que el no querer ser madre tiene que ver con el miedo de la mujer a enfrentarse a la ilusión pasajera de poseer el falo, para luego perderlo y volver a la falta, temor que da lugar al posible trastorno de lo anímico y con ello de lo físico.

Por lo anterior, según Kristeva, la estructura social organizada por el orden fálico guía a los sujetos a responder a lo propuesto en la cultura, a partir del Hacer y el Ser. El primero corresponde a lo masculino, la acción, y lo concreto; mientras que el Ser va de la mano de lo femenino, específicamente de la maternidad. La mujer entonces se reconocerá o no como femenina de acuerdo a su posición frente al Hacer y el Ser.

Finalmente, la estructuración de la feminidad caso de la mujer comprende una cadena que tiene como origen el paso de la niña por el Complejo de Edipo, la relación con sus padres o cuidadores primarios han de determinar la relación de la pequeña con el mundo. En primer lugar, el vínculo estrecho o distante con la madre es el que da paso a la consolidación del resto de vínculos para la niña, y le permitirá resolver o no su paso por el Complejo de Edipo, en el que interviene la castración. El padre será quien cristalice en la niña la castración, haciendo de este paso una introducción al lenguaje.

La relación de la niña con lo femenino ha de tener su origen en la representación del padre y la madre. Aquello que a ella se le ha dicho de forma verbal y no verbal se convertirá en la feminidad de la niña, la forma de vestirse, de hablar, de actuar y de comunicarse. Para Freud, el lenguaje implica entonces un problema a la hora de definir lo masculino y femenino puesto que da lugar a una “guerra de los sexos”, en la que se hace una diferenciación en términos de “más” “menos” “activo”, “pasivo” que sin duda repercuten en la autopercepción de la mujer en la actualidad.

Lacan plantea el problema del ser a partir del goce, los hombres gozan del órgano, es un goce limitado con medida, es decir la medida fálica. El goce fálico también es el

goce del poder, está articulado al tener. Las mujeres, aunque no todas, tienen acceso a otro tipo de goce, que es un goce sin medida, un éxtasis, al que Lacan llama un bien en segundo grado, y no tiene nada que ver con el goce fálico, es el goce femenino. Lo que Lacan llama femenino es una experiencia de goce en el cuerpo que implica una voluptuosidad que desborda a quien lo experimenta, por su carácter de ilimitado. (Aguilar M. , 2016)

Braunstein (1960/2005) recalca la ignorancia acerca de este goce femenino, explica que la sexualidad se establece mediante el discurso y los órganos anatómicos han (o no) de conformarse a él. Específicamente menciona al goce femenino como:

Un goce recóndito, inefable, en el cuerpo y más allá del lenguaje que contornea lo imposible de un saber y que sustenta al goce como logado a la imposibilidad de decir toda la verdad, [...] un goce femenino que está más allá del falo y de la detumescencia que aguarda al órgano que lo representa, un goce en el cuerpo (en corps), un goce que no complementa al masculino sino que se presente como un plus, algo más (encore), suplementario, que hace naufragar todos los intentos de restringirlo y de localizarlo. (Braunstein, 1960/2005, págs. 113-114)

Con cuerda entonces con la complejidad de la explicación del goce femenino, en tanto esta por fuera de la palabra y no se permite manifestar a sí mismo. Este goce se reconoce también como suplementario, situado más allá de la castración y que Braunstein propone denominar el *goce del Otro (sexo)*. Aquí se enmarca la subjetividad de, el Otro sexo como el que goza. Del Otro sexo, Otro con respecto al falo y por lo tanto, del femenino. De este goce se dice que está fuera de lo simbólico, debido a la falta de inscripción del Nombre-del-Padre, y que entonces reaparece en lo real. (Braunstein, 1960/2005)

El horror a la femineidad no es privilegio de los hombres, para una mujer el goce femenino también puede ser insoportable, por ejemplo, para una mujer que quiere dominar las cosas, el éxtasis implica el dejarse llevar y puede ser angustioso. Cuando hay una experiencia de goce no es fácil de soportar, porque queda por fuera del lenguaje.

Si lo más femenino que hay en la mujer es el goce del que nada se puede decir y nada se sabe por fuera de las palabras, no se puede construir una identidad femenina a partir de eso. No se puede hablar de una generalización de la mujer, o menos aún La Mujer.

La estructuración de la feminidad por lo tanto ha de variar en cada sujeto, en su historia de vida y los mecanismos psíquicos que se elaboren durante el Complejo de Edipo y a partir de ello se definirá la relación de la mujer con su cuerpo, la percepción del mismo y aquello que se manifieste de forma inconsciente a través de él. Aquello que no es atravesado por la palabra, específicamente el Nombre-del-Padre, queda en el plano de lo real, carece de lo simbólico y se ha de instaurar en el cuerpo. El lugar en el cuerpo ha de tener relación con lo que no se simbolizó, ha de tener un origen inconsciente que no pudo ser procesado y se manifiesta como goce del cuerpo.

## 2. CAPÍTULO II

### APROXIMACIONES TEÓRICAS DEL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO

El siguiente capítulo continúa con la línea psicoanalítica y propone hacer ahora una aproximación teórica al fenómeno psicosomático. En primer lugar, se lo definirá a partir de la teoría lacaniana, y se lo diferenciará del síntoma conversivo, tomando en cuenta la propuesta freudiana. A continuación, se tomarán en cuenta las concepciones actuales de, Luis Chiozza, Juan David Nasio, y Joyce McDougall.

El capítulo pretende relacionar la formación del fenómeno psicosomático con los temas estudiados en el capítulo anterior con respecto a la estructuración de la feminidad. Se parte de la premisa de que, el cuerpo se vuelve simbólico en función del deseo del Otro, para Freud a partir de la transformación del órgano en zona erógena y para Lacan desde la identificación imaginaria que asume el niño al reconocer el reflejo del espejo. En Psicoanálisis el cuerpo tiene que ver con la palabra, es decir se ubica en el orden de “lo simbólico” y se articula en lo inconsciente, ahora la cuestión es, ¿en qué orden se articula entonces el fenómeno psicosomático al tener el carácter de no apalabrado?

#### 2.1 Definición

Responder a la cuestión planteada requiere definir al fenómeno psicosomático, lo cual remonta al estudio de Lacan en el *Seminario II* (1954-1955/1997), en el que se hace una primera diferenciación entre la psicosomática y el síntoma neurótico. Lo primero se sitúa en el plano de lo real, y se aparta de lo imaginario, pues está a nivel del soma, mas no del cuerpo imaginario; y de lo simbólico, en tanto el fenómeno psicosomático no se articula en el campo de la palabra.

No es articulable con el inconsciente estructurado como un lenguaje. No concierne al cuerpo imaginario, como representación yoica. No es un significante que representa al sujeto ante otro significante, función que a veces la desempeña el síntoma neurótico. Es un fenómeno emergente del cuerpo biológico y sujeto a sus leyes, no a las del inconsciente (Sandoval, 2005, p. s.n).

Lacan (1955-1956/1989) hace referencia a la *holofrase*, que es la falta de intervalo entre los significantes S1 y S2, el fenómeno psicosomático es entonces una marca

holofrásica en la que interviene el deseo del Otro. La inconsistencia del padre en el desarrollo de su función, no le permite al sujeto empujar su deseo en la cadena significativa, en este caso específicamente por fuera del órgano.

O sea que, debido a una falla a nivel simbólico, en el que el lenguaje no ha podido separar el goce del cuerpo, el sujeto queda inalcanzable y el goce retorna al cuerpo. El lugar del Otro es ocupado por el cuerpo que goza del dolor, el fenómeno psicosomático es entonces el goce ubicado en la lesión, carece de subjetividad. A este goce Lacan lo denomina cómo *goce específico* (Lacan, 1975).

Como se explicó en el capítulo anterior, el cuerpo corresponde a un esquema mental, atravesado por el lenguaje, que requiere una imagen mental que le permita elaborarse como unidad, para poder ser nombrado e identificado. En el caso del fenómeno psicosomático, las marcas que no han sido simbolizadas se convierten en marcas del goce, pertenecientes al cuerpo y no al sujeto. Son “trastornos orgánicos cuya causalidad o evolución no responden a la lógica de las enfermedades orgánicas y tienen relación con los factores psíquicos, trastornos que no encuadrarán dentro del campo de los síntomas neuróticos” (Farré, Marcet, & Rigo, 2001, p. 127).

En el fenómeno psicosomático, se ubica un padecimiento con lesión anatómica verificable, el cual a veces es un hallazgo del examen médico antes de que el mismo paciente haya experimentado algún síntoma. El sujeto no se cuestiona acerca de su dolor, por el contrario, aísla el malestar de su cuerpo de cualquier causa psíquica (Farré, Marcet, & Rigo, 2001)

Jacques-Alain Miller (1994) plantea que lo propio del fenómeno psicosomático es la manera en que esquivo al Otro del significativo, vale aclarar que no ignora sin embargo al cuerpo como Otro, sino que interfiere con él. Es decir, el fenómeno psicosomático en vez de ser el lugar del Otro que habría de ser ocupado por otro sujeto, es el cuerpo propio. Es el cuerpo el que toma nota en cierto modo del ideal del significativo. Se plantea una paradoja en la que la libido ya no es un órgano incorpóreo, sino que se vuelve “corporificada”. En donde se supone ha de responder el sujeto del inconsciente, responde el fenómeno psicosomático.

En síntesis, lo que no es atravesado por el lenguaje entra en el goce<sup>1</sup> y por lo tanto queda fuera de la simbolización. El fenómeno psicosomático queda fuera del análisis a

---

<sup>1</sup> Se explica al goce “como vinculado con el origen mismo de la entrada en juego del significativo” (Posada, 1999, pág. 7) El término refiere a un lugar en la estructura psíquica en tanto se inscribe en el significativo, y responde a necesidad lógica.



través de la palabra y requiere la existencia de la lesión a nivel orgánico, cuya etiología no responde a la lógica de la enfermedad orgánica. Para la persona el fenómeno psicosomático es un cuerpo extraño que no puede subjetivar como propio ni tampoco como del Otro. Se manifiesta como un real carente de ley, no existe el sujeto, y por ello no habla, es más bien el testimonio de que en ese punto la representación del sujeto ha fracasado y el goce se ha escrito directamente en el cuerpo sin pasar por el inconsciente.

### **2.1.1 Diferencias con el síntoma conversivo**

La diferencia entre el fenómeno psicosomático y el síntoma conversivo en Psicoanálisis ha generado controversia, y es importante pues permite formular cuál es la vía más apropiada para alcanzar la cura, así como la forma en la que se desarrolla la transferencia en el análisis.

Primero, se expondrá al síntoma conversivo desde la posición freudiana, la cual plantea que este síntoma es el resultado de un conflicto entre la libido y la represión sexual. Tras años de estudio Freud concluye que los síntomas histéricos no tienen relación con lo fisiológico, por lo que han de carecer de un diagnóstico médico verificable. Plantea la hipótesis entonces de que, el síntoma conversivo pretende ser escuchado por otras vías que no sean médicas, valga decir en el análisis.

Para 1925, en su texto *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud propone al síntoma tanto cómo sustituto de la satisfacción pulsional a la que no se le ha dado lugar. Específicamente el síntoma conversivo actúa como símbolo de una escena traumática que se reprimió, y que tras el acontecimiento de una nueva escena queda resignificado. Supone para el autor la palabra atrapada en el cuerpo, que al carecer de asociación es inervada en el cuerpo.

Para Lacan, el cuerpo imaginario, narcisista, representación especular de si-mismo, es el cuerpo del que se trata en el síntoma conversivo, en tanto el síntoma se estructura como metáfora, una formación del inconsciente dirigida al Otro, en la medida en la que responde a la cadena de significantes, a la que no supo responder el fenómeno psicosomático. Un sujeto es lo que representa un significante para otro significante, estos significantes corresponden a la solución de dos deseos conflictivos (Lacan, 1971/2013).

Sandoval (2005) plantea diferenciaciones específicas con respecto a estos dos conceptos. Explica que, el síntoma conversivo refiere a la musculatura voluntaria, la inervación periférica, la sensibilidad, los sentidos y la conciencia; mientras que el

fenómeno psicosomático va por el lado de alteraciones relacionadas con el sistema nervioso autónomo, dejando a su paso una lesión anatómica detectable a nivel macroscópico o microscópico. En el síntoma conversivo por otra parte, no existe una lesión verificable a nivel médico, puesto que no respeta las leyes de la anatomía ni las de la fisiología.

El fenómeno psicosomático, como se planteó en el apartado anterior, está fuera del orden simbólico, es decir queda por fuera del lenguaje. El síntoma conversivo en cambio deviene en el retorno a lo reprimido tan apalabrable y analizable como cualquier otra formación del inconsciente como sueños, actos fallidos, fantasías y el discurso mismo del paciente.

El síntoma conversivo refiere la encarnación de un conflicto psíquico en el cuerpo, que sin embargo ha de estructurarse en el lenguaje, aunque su significado este reprimido, el cuerpo es el lugar del Otro, es decir, el síntoma conversivo es el cuerpo atrapado en el lenguaje (Saldías & Lora, 2006).

Por todo lo anterior, el síntoma conversivo entra en la estructura psíquica de la neurosis y la histeria, mientras que el fenómeno conversivo se juega por el lado de la psicosis, el primero se involucra con la palabra, y el segundo con el número. El fenómeno psicosomático por el contrario queda apartado del lenguaje, al no ser atravesado por la palabra, queda en el orden de lo real. Es el goce el que retorna al cuerpo, y lugar del Otro es ocupado por el cuerpo.

## **2.2 Concepciones actuales sobre el fenómeno psicosomático**

El siguiente apartado tomará en cuenta primero, la visión contemporánea de Luis Chiozza, quien denomina *patosomática* a lo que el resto de autores nombra psicosomática. Segundo, la posición de Juan David Nasio, el cual explica al fenómeno psicosomático como una formación del objeto a. Tercero, la postura de Joyce McDougall, que sugiere semejanzas entre el paciente psicótico y el paciente psicosomático, en función de la relación que este tenga con su madre.

### **2.2.1 Luis Chiozza**

Luis Chiozza, psicoanalista argentino contemporáneo evidencia claramente la influencia de Freud en su texto *El Psicoanálisis y la Medicina*. Con respecto a la

psicosomática, explica la relación que esta ha tenido con la medicina a partir de tres aspectos. Se refiere a una especialidad dedicada al estudio y el tratamiento de enfermedades psicosomáticas. Subraya la capacidad del psicoanálisis para tratarlas logrando efectos tanto psíquicos como somáticos. Reconoce la necesidad de la medicina general de incluir en el juicio analítico, y en cada acto médico el aporte del Psicoanálisis (Chiozza, 1976).

Específicamente en el caso del fenómeno psicosomático, Chiozza menciona que

El desplazamiento de la importancia (investidura) puede realizarse “dentro” de la misma clave de inervación de los afectos, de modo que algunos elementos de esta clave reciban una carga más intensa, en detrimento de otros al lenguaje del inconsciente que “habla” a través del órgano, cuya elección corresponde justamente al conflicto inconsciente (Chiozza, 2008, p. 88).

A lo que él refiere este modo de enfermar, lo denomina *patosomático*. La palabra, para Chiozza, depende de la existencia y de la voluntad del hablante, “los órganos vitales, o los organismos mismos, poseen una continuidad semántica que trasciende su subsistencia física particular y se manifiesta como pronunciamiento en cada acto procreativo” (Chiozza, 2008, p. 65). Es decir que la elección del órgano lesionado refiere a un conflicto específico de carácter inconsciente, es de alguna forma un “lenguaje”, la elección del órgano está determinada por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra formación del inconsciente.

Con respecto al síntoma dice,

El síntoma implica una inhibición del desarrollo del afecto original reprimido que subsiste en lo inconsciente como disposición potencial asociada al deseo primitivo, pero también implica una transformación transaccional, no siempre saludable, de dicho afecto potencial original en un afecto actual que se descarga y se vivencia bajo la forma del síntoma y sus fenómenos concomitantes (Chiozza, 1975, p. 219).

Pone en evidencia entonces que, el síntoma conversivo responde a la represión y a la transformación de la libido como salida a la angustia a la que Freud previamente se había

referido. Se considera relevante dentro de la presente investigación, una reflexión que hace Chiozza cuando dice:

El hallazgo de una causa no nos exime de la tarea de investigar en el terreno de los significados inconscientes, del mismo modo que el hallazgo de un motivo psicológicamente comprensible no nos exime de la investigación de las causas eficientes a través de las cuales el trastorno se realiza como una transformación de la configuración de los órganos y sus funciones (Chiozza, 1976, p. 251).

Recapitulando, la *patosomática* a la que refiere Chiozza implica una lesión a nivel biológico que se relaciona con un conflicto inconsciente. La palabra que no ha sido manifestada es expresada por el cuerpo, y específicamente por un órgano que se enferma. Se recalca la importancia de la relación entre la medicina y el psicoanálisis, haciendo del primero responsable de la implicación del segundo, es decir que el diagnóstico de un fenómeno psicosomático requiere indudablemente de una intervención clínica que apunte a la lesión física y una intervención de análisis que permita descubrir el origen inconsciente de la enfermedad.

### **2.2.2 Juan David Nasio**

Juan David Nasio (1997), psicoanalista, psiquiatra y escritor argentino, coincide con Lacan y define a los fenómenos psicosomáticos bajo la designación de “formaciones del objeto a”. Radican en la estructura psíquica del sujeto, la misma que está determinada por la operación significativa del Nombre-del-padre, que consiste en el corte de la simbiótica relación de la madre con el hijo.

Nasio menciona, “un significante es toda manifestación involuntaria de un sujeto, susceptible de ser contada por el sujeto mismo o por alguna otra persona” (Nasio, 2013, p. 27), liga al significante directamente con la repetición, el primero ha de depender del segundo para formar la cadena significativa.

Los fenómenos psicosomáticos se ubican en el orden de la forclusión, al ser carentes de significante, desligados al orden de la sucesión, quedan por fuera del orden simbólico, inmersos en el real. “Lo real es muy difícil de explicar porque en sí mismo es un concepto indefinible; no es simbolizable y se sustrae a toda aprehensión por parte de la razón”

(Nasio, 2008, p. 76). Acerca de esto Nasio, hace también una diferenciación con Lacan, y plantea que en lo real reaparece aquello que no alcanzó la simbolización, más no lo que fue rechazado.

Es decir, el goce que fue excluido del plano simbólico durante la niñez reaparecerá en la adultez, “el goce ha nacido goce en un cuerpo joven y quiere renacer goce en un cuerpo adulto” (Nasio, 2013, p. 46). El fenómeno psicosomático surge en el exceso de goce, es libido estancada, y resurge en el cuerpo en la vida adulta.

Para Nasio (1997) el que la persona se sumerja en la realidad exige, la caída del *objeto a*, que supone la separación entre el objeto y el sujeto. Este *objeto a*, es la muestra del goce y cumple su función reguladora, pues está condicionado por el deseo del Otro. La lesión aparece en el lugar del Nombre-del-padre, y como carece de sucesión, no remite a nada más que a sí misma. Ello conduce a la no caída del objeto *a* y su posterior encarnamiento en el cuerpo propio. El goce para el paciente psicosomático, está presente en objetos que no son los de la pulsión, no se ubica en el goce del otro, sino que se convierte en un goce de órgano.

En lo referente a la elección del órgano, Nasio explica a la lesión en la lógica de la lesión – objeto, existe un exceso de órgano que demanda libido, es decir condensa el goce. El sujeto psicosomático al reconocer la enfermedad en sí mismo, se reconoce por lo tanto a sí mismo como el goce. Dicho de otro modo, el goce que no entra en una representación, se impulsa a reaparecer en la búsqueda de la representación que le falta. En este caso quizá, el goce podría estar buscando simbolizarse a través del órgano (Nasio, 2013).

Para comprender lo anterior se debe tomar en cuenta cuando Nasio dice “el goce es, pues una mezcla de emociones vividas, pero no representadas conscientemente, confusamente sentidas y no asimiladas [...]” (Nasio, 2013, p. 45). Es además una fantasía inconsciente, en tanto es forcluida y posteriormente reprimida. En el paciente psicosomático el síntoma consciente ha de exteriorizarse en la fantasía inconsciente, una vez que ha logrado la exteriorización, se cristaliza en la necesidad de resurgir la vivencia que originó el trauma. Todo ello mediante el síntoma, que paradójicamente es un significante, cuya repetición implica la elaboración de una cadena significativa.

Sintetizando, Nasio explica al fenómeno psicosomático desde el retorno del objeto al sujeto a partir de lo real, en donde la simbolización queda excluida, y por ello entra en el orden del goce forcluido. La repetición es el camino por el cual el goce surge, en una búsqueda constante e incongruente, de aparecer para poder ser nombrado y de mantenerse

siendo goce. El lugar en el que aparece la lesión psicosomática (órgano) tiene que ver con la necesidad del goce por ser expresado en el síntoma.

### 2.2.3 Joyce McDougall

Joyce McDougall, prestigiosa psicoanalista de origen francés, vincula el estudio del fenómeno psicosomático a las histerias arcaicas. A diferencia de otros autores ella explica la angustia relacionada con el temor a perder la vida, con ello su existencia e identidad subjetiva. Cuando fracasan las defensas, la persona somatiza el dolor psíquico a través del fenómeno psicosomático, a ello se refiere al decir, “el fenómeno asociado con el llamado tipo de personalidad psicosomática no es necesariamente una anomalía o una falta de capacidad psíquica; es más bien una intensa defensa contra los temores narcisistas o psicóticos” (McDougall, 1996, p. 196).

Lo asocia por lo tanto con la psicosis, en tanto responde a conflictos arcaicos, que no han sido atravesados por la palabra. El proceso de somatización constituye una presentación pre verbal que pretende tramitar un malestar psíquico, que ha sido forcluido y al carecer de represión es expresado en el cuerpo (McDougall, 1998).

Para McDougall (1998), lo psicosomático tiene relación directa con las representaciones inconscientes de la maternidad y paternidad. Las figuras parentales al cumplir o no con sus funciones darán lugar a la formación de un fenómeno psicosomático. El bebé deja de elaborar psíquicamente un entorno *maternizante*, que le brinde protección y nutrición cuando la madre inconscientemente deja de escuchar y por lo tanto satisfacer las necesidades de su hijo, lo cual da lugar a la imposibilidad de identificación con la “madre interna”.

El bebe que no es capaz de simbolizar se predispone a la enfermedad psicosomática, su cuerpo al no expresar su malestar en palabras elige como vía de escape al cuerpo, que ha de manifestarse por medio de la enfermedad. Enfermedad que, además, bien podría brindar en cierto modo seguridad al sujeto de que su cuerpo le pertenece a él y no a la madre, respondiendo al temor por perder la identidad subjetiva. Paradójicamente la enfermedad psicosomática a pesar de su potencialidad mortífera surge como una defensa para el sujeto.

En relación a esto, al mencionar a sus pacientes McDougall recalca,

Este fenómeno era particularmente evidente en los analizantes que habían vivido a la madre como una fuerza devoradora que trataba de ejercer un control tanto psíquico como físico sobre ellos en la infancia. Ellos se vivían inconscientemente como prolongaciones libidinales o narcisistas de sus madres (McDougall, 1998, p. 171).

El bebé no logró elaborar una identidad subjetiva imposibilitado de discriminarse así mismo de lo que no forma parte de él, y con ello imposibilitado de la adquisición de una identidad sexual. Cuando esto sucede, el cuerpo y la mente pierden el nexo que los conecta. La enfermedad psicosomática surge en un intento del sujeto de preservar su equilibrio físico. La autora plantea una propuesta interesante con respecto a los vínculos afectivos del enfermo psicosomático, explica que en los casos de aferramiento desesperado al Otro tienen que ver con una protección frente a la amenaza de aniquilación total (McDougall, 1993).

Para McDougall los procesos orgánicos patológicos del paciente psicosomático hallan su representación psíquica cuando empiecen a causar dolor físico, que sin embargo va acompañado de una actitud negligente frente a la propia salud física. El sujeto no se interesa por su síntoma a menos que este genere un grave malestar, y de ninguna manera lo relaciona con una causa psíquica, sino que apunta a una causa médica. Para la autora esto se liga a un ideal del yo patológico, que niega su necesidad y su dependencia. Sobre ello dice, “así es como muchos pacientes psicosomáticos siguen en su inmovible cuerda floja, haciendo caso omiso de los signos de su cuerpo y de las señales de aflicción de su mente” (McDougall, 1993, p. 359).

Joyce McDougall ratifica lo propuesto en los apartados anteriores al relacionar al fenómeno psicosomático con la estructura psicótica, el sujeto no es capaz de simbolizar, por lo que el conflicto psíquico ha de expresarse a través del soma. Sin embargo, para la autora no como una defensa ante la angustia de castración, sino como respuesta de supervivencia frente a una posible pérdida de identidad subjetiva.

A manera de conclusión, el concepto de fenómeno psicosomático surge a partir de la imposibilidad de la medicina para explicar de la etiología de ciertas lesiones corporales verificables. Freud a pesar de no realizar un estudio específico de psicosomática, es el

que abre paso a la investigación con respecto al tema. A partir de sus estudios los autores se han dedicado a diferenciar al síntoma conversivo del fenómeno psicosomático.

Del primero se entiende está en el orden de lo simbólico, el sujeto no es capaz de expresar verbalmente su conflicto psíquico. El segundo por otro lado, se ubica en el orden de lo real. En esto concuerdan Lacan, Chiozza, Nasio y McDougall, puesto que todos expresan al fenómeno psicosomático como carente de simbolización, de carácter inconsciente, por fuera de la palabra. Para Lacan y Nasio este fenómeno tiene que ver con el goce que ha sido forcluido y que pretende resurgir mediante el síntoma.

En este punto, al igual que en el capítulo anterior se reconoce que la relación del bebé con la madre ha de ser un factor estructurante psíquicamente. Hace del sujeto susceptible de la enfermedad psicosomática cuya elección de órgano no es al azar, sino que responde al conflicto inconsciente no resuelto. Específicamente, en esta investigación el órgano es un órgano reproductor femenino, dejando más que evidente la posibilidad de una contrariedad psíquica con lo referente a la feminidad.



### **3. CAPÍTULO III**

## **EL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO**

El tercer capítulo se enfocará en el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), como primer punto se lo definirá de acuerdo a la perspectiva médica, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas más frecuentes: anomalía en la producción hormonal, acné, cambios de humor, periodos menstruales irregulares, dolores menstruales o premenstruales. Con respecto a ello se mencionarán algunas hipótesis psicosomáticas con relación al SOP y la estructuración de la feminidad tomando en cuenta lo mencionado en el primer y segundo capítulo.

### **3.1 Definición**

El Síndrome de Ovario Poliquístico es la disfunción endocrino-metabólica más prevalente en mujeres en edad reproductiva, las manifestaciones clínicas varían en cada mujer, por lo que su definición ha requerido de consensos. El impacto del SOP involucra no solo el cuerpo de la mujer que lo padece, al alterar los procesos biológicos normales altera también el estilo de vida. “Entre el 5 y 7% de las mujeres en edad reproductiva padecen el síndrome de ovario poliquístico” (Hincapié & Benavides, 2014, p. 95). La etiología de la enfermedad es aún incierta, se reconoce sin embargo que implica procesos neurológicos, suprarrenales, ováricos, metabólicos y ambientales (Gamboa & Perez, 2015).

Se puede definir al SOP a partir de sus características, que corresponden con los criterios diagnósticos de Rotterdam en el 2003.

#### **3.1.1. Anomalía en la producción y metabolismo de andrógenos**

La síntesis de las hormonas sexuales en los ovarios ocurre a partir del colesterol, [...] cuando las concentraciones de hormona luteinizante (LH) son mayores que las de la hormona folículo estimulante (FSH), la tendencia de las células es hacia la síntesis de andrógenos y se suprime la ovulación. En el síndrome de ovario poliquístico se ha observado un defecto neuroendocrino con aumento en la frecuencia y amplitud de los

pulsos de LH que inhibe la síntesis de FSH provocando un aumento en la síntesis de andrógenos en los ovarios (Flores, 2012, p. 49).

En el SOP la producción de andrógenos se eleva en altos niveles, lo cual puede impedir que los ovarios liberen un óvulo cada mes. El hiperandrogenismo “clínico o bioquímico definido como un aumento de la testosterona libre o de la proteína ligadora de testosterona” (Gamboa & Perez, 2015, p. 177), también pueden causar los efectos indeseados de crecimiento de vello y acné. Es importante mencionar que, para relacionar al hiperandrogenismo con el SOP, es necesario primero descartar otras posibles causas del mismo (Hincapié & Benavides, 2014).

Con respecto a las manifestaciones clínicas, el hirsutismo es una de las más frecuentes y posiblemente de las que menos se habla. Se define como el crecimiento excesivo del vello corporal terminal en mujeres, en áreas anatómicas donde el desarrollo de los folículos depende de la estimulación androgénica: Tercio proximal de cara interna de los muslos, abdomen, pecho, parte baja de la espalda y cara, entre otros (Hincapié & Benavides, 2014, p. 95).

Las regiones anatómicas en donde se debe corroborar son el labio superior, el mentón, la región anterior del tórax, la región dorsal superior del tórax, la región dorsal inferior del tórax, el abdomen superior, el abdomen inferior, los brazos, los antebrazos, la cadera, y las piernas (Flores, 2012, p. 50).

El acné es otra de las manifestaciones del hiperandrogenismo, se define como una “enfermedad crónica de la piel que involucra las unidades pilosebáceas, caracterizada por la formación de comedones, pápulas, pústulas, nódulos y cicatrices, que aparecen principalmente en la cara y en la parte superior del tronco (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015, p. 14).

De acuerdo a lo propuesto por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015), las mujeres que presentan acné acompañado de oligomenorrea o amenorrea pueden tener trastornos del metabolismo androgénico asociados al acné, como es en el caso del SOP.

### **3.1.2 Períodos menstruales irregulares**

La irregularidad de la ovulación tiene como consecuencia la presencia de ciclos menstruales irregulares, o en algunos casos ausentes. Las alteraciones se pueden

manifestar como oligomenorrea (menos de nueve períodos menstruales por año) o amenorrea, aunque se ha demostrado que un pequeño grupo de mujeres con síndrome de ovario poliquístico (aproximadamente 20%) tienen ciclos menstruales normales con ovulación regular. Este criterio es el de más fácil identificación dado que su manifestación clínica es evidente, además se puede confirmar el diagnóstico con un examen de sangre y un ultrasonido pélvico (Flores, 2012, p. 50).

Otra de las manifestaciones clínicas que es necesario detallar es a la anovulación, cuya comprensión requiere primero, la descripción del proceso de ovulación en la mujer. Se refiere a los “cambios cíclicos en la secreción de las hormonas del eje hipotálamo-hipófisis-gónada (ovario) con el objetivo de ovular un ovocito maduro competente para ser fecundado y a los cambios fisiológicos correspondientes que suceden en el sistema reproductor” (Montero, 2010, p. 1) Es decir, es el proceso que permite que en cada ciclo la mujer esté en capacidad de liberar un óvulo, que posiblemente sea fecundado, y posteriormente implantado en el endometrio uterino.

La anovulación corresponde a la falla repetitiva para ovular (diferente de un fallo ovárico). Las causas pueden ser múltiples, entre ellas: desórdenes hipotalámicos, hipofisarios y endocrinopatías periféricas. Durante el ciclo menstrual de una mujer con anovulación, casi no se presentan variaciones de las concentraciones de esteroides sexuales y gonadotropinas, variaciones que en el caso de un ciclo regular son cíclicas. Se presenta una alteración en la secreción de LH, y la metabolización de la insulina, en la que las altas concentraciones de insulina inhiben la respuesta ovárica frente al estímulo de la FSH (Gamboa & Perez, 2015, p. 176).

La anovulación es considerada la causa más frecuente de infertilidad humana, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace una diferenciación con respecto a los trastornos de la ovulación. El primero implica un fallo hipotalámico-hipofisario, el segundo tiene que ver con una disfunción hipotálamo-hipofisaria, y el tercero se refiere a un fallo ovárico. En la presente investigación se tomará en cuenta únicamente al segundo, pues supone un 85% de los casos de alteraciones en la ovulación, y coincide con la mayoría de pacientes de SOP (Cuadrado & Galera, 2007, pp. 111-113).

Una de las consecuencias clínicas más relevantes de la anovulación es la infertilidad, el término es utilizado como sinónimo de esterilidad, la Sociedad Española de Fertilidad (2011) la define como la incapacidad para lograr gestación tras un año de relaciones sexuales frecuentes y sin uso métodos anticonceptivos, el concepto engloba abortos repetitivos, muerte fetal intrauterina, y parto prematuro.

La infertilidad “afecta a 40 % de las mujeres con SOP. Además, es la causa más común de infertilidad anovulatoria. Aproximadamente el 90 % -95 % de las mujeres con anovulación que acuden a las clínicas de infertilidad tienen SOP” (Quintero, 2015, p. 271). Estudios precisan que las pacientes con SOP tienen mayor riesgo de sufrir un aborto espontáneo durante los tres primeros meses de gestación.

El síntoma principal de la anovulación corresponde a la amenorrea o ausencia de menstruación, vale la pena recalcar que la anovulación no corresponde a una enfermedad per se, sino que es un signo de la mismo.

En el SOP, así como anovulación se puede presentar dismenorrea, la cual es definida como el dolor pélvico que se produce antes y durante la fase menstrual de la mujer. Se calcula que afecta a un 60-90% de las mujeres en edad fértil. Se considera al dolor pélvico como la principal característica de la dismenorrea, sin embargo, se pueden presentar síntomas acompañantes como náuseas, vómitos, diaforesis, taquicardia, diarrea, letargo, vértigo, sensibilidad en las mamas, meteorismo, edema, cefalea y alteraciones del estado de ánimo (Aguilar D. C., 2012).

Del mismo modo es posible la presencia del Síndrome Premenstrual, en el cual

Se experimentan un conjunto de síntomas que aparecen en la fase lútea y remiten en la fase folicular. Estos síntomas no pueden explicarse por otro trastorno psiquiátrico o médico. Los síntomas relacionados son afectivos (irritabilidad, cambios de humor, depresión y hostilidad), somáticos (meteorismo, mastalgia, cambios en el apetito, sofocos, insomnio, cefalea y fatiga), cognitivos (confusión y falta de concentración) y de la conducta (retramiento social, hiperfagia y discusiones). Los síntomas suelen comenzar entre 1 y 2 semanas antes de la menstruación. (Aguilar, 2012, p. 15)

Sin duda las manifestaciones clínicas que se han mencionado, afectan el estilo de vida de las mujeres con SOP, ya que, debido a la alteración hormonal, procesos como el metabolismo, ciclo menstrual y estados de ánimo se ven afectados.

### **3.1.3 Presencia de múltiples masas (quistes) en los ovarios**

Un quiste ovárico “es una inflamación en forma de saco rodeada por una cápsula en el ovario, cuyo interior está lleno de líquido denso o fluido” (Pescador, 2016, p. 1)

En el SOP corresponde al

Engrosamiento del estroma ovárico con ocho o más quistes subcapsulares de 10 mm o menos de diámetro por ultrasonido transvaginal o abdominal en mujeres que no estén recibiendo anticonceptivos hormonales. Sin embargo, hasta 23% de las mujeres sanas pueden cursar con poliquistosis ovárica, según algunos reportes (Flores, 2012, p. 51).

Según Rotterdam el criterio comprende la “presencia de 12 o más folículos en cada ovario con una medida entre 2 y 9 mm o un volumen de 10 ml” (Gamboa & Perez, 2015, p. 177). De acuerdo a lo anterior, en lo que coinciden las múltiples definiciones del SOP es en la presencia de un nivel elevado de andrógenos. En primer lugar, imposibilitan la ovulación, dejando como consecuencia irregularidades en el periodo menstrual, y una posible infertilidad. Derivan en hirsutismo, seborrea y alopecia considerados como los síntomas más frecuentes del SOP.

No todas las mujeres con el síndrome de ovario poliquístico presentan todos estos síntomas. A menudo, las mujeres se enteran que padecen este síndrome cuando acuden a la atención médica debido a periodos menstruales irregulares o porque tienen dificultad para quedar embarazadas (Hincapié & Benavides, 2014). En el caso de las mujeres más jóvenes, el diagnóstico puede darse tras un chequeo médico habitual o una consulta por anticonceptivos.

## **3.2 Hipótesis Psicosomáticas**

A propósito de manifestaciones clínicas, vale la pena retomar lo trabajado en el segundo capítulo con respecto al fenómeno psicossomático. Se pone ahora en cuestión a los síntomas médicos, como el goce de la mujer ubicado en la lesión. Las cuestiones que no han sido apalabradas, y por ello se ubican por fuera de lo simbólico, habrán de querer manifestarse a través de síntomas, en este caso por vía de la somatización. Síntomas que

son clínicamente verificables, y en algunos casos a los que la mujer se ha acostumbrado, de tal forma que no los relaciona con un posible origen psíquico, sino que, representan para ella únicamente una anormalidad a nivel corporal, que en un futuro la ha de llevar a consulta.

El SOP es un fenómeno psicosomático, en primer lugar, por ser considerado por la medicina como un síndrome más no como una enfermedad propiamente dicha. Desde un lenguaje psicoanalítico, el fenómeno psicosomático se ubica en lo real, en tanto no ha sido atravesado por la palabra, y carece de simbolización. El goce se presenta en objetos que no corresponden a los de la pulsión, y al no ubicarse en el goce del otro se convierte en un goce de órgano, que se busca ser simbolizado, tal como ocurre en el caso del SOP. Es el cuerpo el que hace toma el lugar del Otro y le permite al goce expresar aquello que genera una duda, un temor, un conflicto, aunque ello implique hacerlo mediante síntomas médicos.

Además, dado que el SOP no es un síntoma conversivo, las lesiones que se provocan en el cuerpo, como se ha mencionado en repetidas ocasiones anteriormente, son verificables, y corresponden a los patrones médicos que explican la anatomía humana. Aquellos conflictos no apalabrados por la mujer, se manifiestan justamente en los órganos que implican el carácter de femenino, en este caso concretamente los ovarios.

Específicamente, la anovulación implica la incapacidad para producir un óvulo que pueda ser fecundado, de lo que la mujer se está imposibilitando realmente es de su capacidad para ser madre, y con ello la posibilidad de completud, que ha de otorgarle la maternidad. Ello probablemente debido al temor, de ser fragmentada desde el interior, ya que la mujer no posee un órgano externo, o de perder a futuro aquello que se le ha sido entregado.

En el SOP existe también un conflicto en la relación madre – hija, en la que la ambivalencia juega un rol fundamental, la niña ama a la madre sin embargo del mismo modo la detesta. Se evidencia un Complejo de Edipo carente de resolución, puesto que la madre representa para la niña un primer representante de lo castrado, y es la castración a lo que le teme esta niña. Por otra parte, y esto es clave en la presente investigación, en tanto es la madre la primera representación de feminidad, de ella dependerá que la niña se sienta o no orgullosa de ser mujer, de la relación con su cuerpo y la relación con los otros. O sea, en el SOP se puede encontrar un conflicto con imagen corporal subjetiva la mujer que lo padece.

En el SOP es común que la madre represente el rol masculino, ya sea el caso de familias con padres ausentes o figuras paternas poco activas. Es decir, la madre en la mayoría de los casos es jefa de hogar, la que provee el sustento económico y/o la que hace las veces de padre. Cubre las necesidades corporales y económicas, y por ello deja de lado las necesidades afectivas, es común también que la somatización del SOP sea la repetición de somatizaciones de la infancia, en la niña tenía acceso a la presencia de la madre.

La mujer con SOP también podría estar poniendo en duda su fertilidad, al percibirse a sí misma desmerecedora del falo, ya que no puede reconocerse como albergue del mismo. La infertilidad la vuelve incapaz, inepta, imposibilitada de crear, generando una sensación de estancamiento, o de carencia de voluntad para gestar proyectos.

Otro conflicto con la feminidad en el SOP se expresa a través de la ausencia de menstruación, que ha de ser uno de los procesos biológicos reconocidos social y culturalmente como el paso de niña a mujer. Lo que pone en evidencia, por una parte, conflictos de la infancia que no han sido resueltos, un deseo por quedarse niña y recibir el cuidado de la madre, y, por otra parte, una negación a lo femenino y los procesos o inconvenientes que implican el ser mujer, así mismo la mujer con SOP podría querer negarse a repetir la historia de su madre.

Las relaciones parentales amorosas complicadas o tóxicas son otro factor en común en el SOP, padres divorciados, madres solteras, padres que viven juntos, pero están separados, padres que mantienen una relación conflictiva. La mujer en estos casos se niega a repetir los patrones generacionales, pero al ser la relación madre – hija de carácter ambivalente, generalmente el modelo que se evita repetir es el mismo que determina sus relaciones o elección de pareja, por lo menos hasta que ello se haga consciente. Es posible que la mujer busque en su pareja a figuras que se parezcan a su padre, o en la mayoría de casos, parejas similares a la madre.

El hirsutismo podría presentarse como una forma de encubrir el temor a ser mujer, dando lugar a la paradoja, en la que la mujer teme ser femenina y responde al temor tratando de ocultarse bajo el vello masculinizante. La masculinización representará una contradicción por la mujer quiere reivindicar la importancia del Ser, es decir de lo femenino.

Del mismo modo el acné se revela cómo el no dejarse ver, específicamente no desde cerca, dado que se manifiesta en el rostro. Es posible que sea una expresión visible de

autorechazo, resentimiento, miedo o incluso vergüenza de la sexualidad. Sin duda ambas son una manifestación de conflicto con la autopercepción.

Los dolores premenstruales si bien responden a un desequilibrio hormonal, se conjugan también con una posible culpa o rechazo a un mundo dominado por lo masculino, en el que la menstruación es la muestra más primitiva de lo femenino. Los quistes en el SOP concretamente, van a representar algo que se ha retenido por un largo periodo de tiempo y con el que no se ha querido lidiar, en los ovarios sería entonces una contradicción con la que la mujer ha vivido desde niña, en el Complejo de Edipo.

Además, estos quistes se pueden relacionar con esquemas o patrones mentales que se han instaurado psíquicamente y que recaen en la repetición. Para Nasio (2013) el levantarse a diario y realizar las actividades que tenemos que hacer es una forma de decirle “sí” a la vida. La renovación de la afirmación cotidiana de vivir está ligada al cuerpo, que según el autor es quien decidirá, y detrás de este decidirá el inconsciente.

Uno de los efectos de la repetición es la formación de la identidad, el repetir nos da estructura. La identidad está forjada en primer lugar en uno mismo, y luego determinada por la influencia del mundo exterior. “La mujer elige su compañero primeramente bajo la influencia de la relación inconsciente, irrazonada, con la madre y luego bajo la influencia de la relación más superficial de seducción con el padre” (Nasio, 2013, p. 33). Los actos que repite el sujeto son esos mismos que lo ligan a su objeto de amor o lo separan de él.

Para concluir, el SOP es el trastorno con más prevalencia en mujeres en edad reproductiva. Para la medicina la etiología del SOP es aún desconocida, dado que no corresponde a un trastorno de una sola causa, a nivel fisiológico, endocrino, metabólico o ambiental. Sus manifestaciones clínicas al igual que la estructuración de la feminidad, han de variar en cada mujer, y estarán ligadas a la relación materna particularmente.

Cuando la psique no es capaz de poner en palabra aquello que le aqueja, el malestar se instaura en el cuerpo y se expresa por medio de él. El SOP sin lugar a dudas manifiesta una serie de temores y enojo frente a lo femenino, de carácter inconsciente por supuesto. Las mujeres que padecen de este síntoma se han relacionado con la feminidad de una forma particular, aquello de lo que se ha dudado, temido o sentido rechazo se ha quedado pendiente en el inconsciente por tal tiempo, que a la psique no le ha quedado más que poner en el cuerpo al conflicto.



## **4. CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS DE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LA ESTRUCTURACIÓN DE FEMINIDAD Y EL FENÓMENO PSICOSOMÁTICO: SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO**

El presente y último capítulo consistirá en el análisis de la relación existente entre la estructuración de feminidad y el fenómeno psicósomático: Síndrome de Ovario Poliquístico, para lo cual se revisarán 5 casos de mujeres de entre 18 a 25 años con diagnóstico de SOP en la ciudad de Quito, a quienes se entrevistará y aplicará el Test de la Figura Humana de Karen Machover. El análisis tomará en cuenta lo revisado en los tres primeros capítulos.

#### **4.1 Hipótesis y Metodología**

Para la presente investigación, se planteó la siguiente hipótesis:

Los conflictos presentes, no resueltos y no apalabrados en la estructuración de la feminidad inciden en la formación del fenómeno psicósomático en el SOP.

La formulación de esta hipótesis tomó en cuenta, en primer lugar, que el SOP es considerado justamente un síndrome en tanto no existe aún evidencia de las causas biológicas de la enfermedad, en la mayoría de casos es desconocida por las mujeres que la padecen hasta su diagnóstico médico puesto que, la presencia de los síntomas afecta a cada paciente de forma particular (Sir-Petermann, Preslier, & Magendzo, 2013).

Se puede suponer entonces, que las mujeres que padecen de este síndrome podrían estar poniendo en el cuerpo aquello que no ha sido atravesado por el lenguaje, y por lo tanto queda en el plano de real, y justamente eso que no ha sido simbolizado al no ser hablado se manifiesta a través de una dolencia en el cuerpo, que en el caso de estas mujeres afecta directamente a sus ovarios y permite poner en cuestión la forma en la que han estructurado su feminidad.

La variable dependiente de la hipótesis es:

El diagnóstico médico del Síndrome de Ovario Poliquístico, los indicadores de esta variable refieren a la presencia o ausencia de síntomas de la enfermedad, dado que en cada mujer estos se presentan de diferente manera.

La variable independiente de la hipótesis es:

Los conflictos presentes y no resueltos en la estructuración de la feminidad, los indicadores de esta variable corresponden a la posición subjetiva positiva o negativa con respecto al ser femenina, ser mujer y/o ser madre.

A continuación, la tabla en la consta la operacionalización de las variables.

**Tabla 1**

HIPOTESIS	VARIABLE (S)	INDICADORES	TÉCNICAS
Los conflictos presentes, no resueltos y no apalabrados en la estructuración de la feminidad inciden en la formación del fenómeno psicossomático en el SOP	Independiente: Conflictos presentes y no resueltos en la estructuración de la feminidad	Posición subjetiva con respecto a la feminidad, el ser femenina, el ser mujer, el ser madre.	Test de la figura humana. Entrevista semiestructurada
	Dependiente: Diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico	Presencia/ ausencia: Acné, hirsutismo, anovulación: infertilidad, amenorrea, oligomenorrea, dismenorrea, síndrome premenstrual, quistes en los ovarios.	Entrevista semiestructurada

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga para el Plan de disertación aprobado en el 2017

Para esta investigación no se tomó en cuenta otras enfermedades o fenómenos psicossomáticos que afecten a mujeres en edad fértil que no sea el SOP. Los factores genéticos del SOP tampoco se tomaron en cuenta pues no corresponde a un estudio de carácter médico. Con respecto a la metodología, en primer lugar, se realizó una revisión teórica acerca de la estructuración de la feminidad, el fenómeno psicossomático y el Síndrome de Ovario Poliquístico a partir de la teoría psicoanalítica, así como una revisión acerca de lo escrito con respecto al tema previamente.

A continuación, se elaboró una guía de preguntas para la entrevista semiestructurada, esta guía consta de 11 preguntas que están relacionadas con los indicadores correspondientes a cada variable. Antes de la aplicación de instrumentos con las participantes seleccionadas se realizó un pilotaje a una mujer con el diagnóstico de SOP, lo cual permitió perfeccionar las preguntas a realizarse en la entrevista semiestructurada, así como obtener un tiempo estimado de duración de la entrevista. (Ver Anexo I)

Después se aplicó el Test de la Figura Humana de Machover en 1949, con el fin de conocer la autopercepción de cada participante a través de la proyección y complementar la información obtenida en la entrevista. Posteriormente se tabularon los resultados de la entrevista y el test lo cual permitió el análisis de resultados en función de la hipótesis planteada.

#### 4.1.1 Población

Para este estudio se han seleccionado a cinco mujeres entre 18 a 25 años con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico de la ciudad de Quito, las mismas que han sido elegidas por muestreo intencional o a conveniencia, así como por el método de bola de nieve.

**Tabla 2**

Participante	Ciudad	Edad	Ocupación
A	Quito	24	Estudiante de Antropología
B	Quito	23	Estudiante de Cine
C	Quito	22	Emprendimiento desodorantes naturales
D	Quito	22	Estudiante de Artes Plásticas
E	Quito	24	Estudiante de Master en Artes

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Quienes participaron de la investigación son mujeres entre los 22 y los 25 años de la ciudad de Quito. Tres de las cuales son estudiantes universitarias de pregrado, una de ellas es estudiante de postgrado, y una ha arrancado con un emprendimiento.

#### 4.2 Análisis de resultados

A continuación, se presentan los resultados que se obtuvieron de la investigación, la información ha sido procesada en tablas en las que consta lo tratado durante la entrevista semiestructurada, de igual forma se presenta el análisis del Test de la Figura Humana. La participación de las entrevistadas ha sido de carácter voluntario, y se firmó un consentimiento informado en el cual consta que la entrevista será grabada en audio, la información necesaria acerca del propósito, el tipo de investigación, selección de participantes, procedimientos, protocolo, duración, riesgos, confidencialidad, y la

exposición de los resultados. Las tablas están seguidas de un análisis general de acuerdo a la información recolectada.

### 4.2.1 Entrevista Semiestructurada

Se realizó una entrevista semiestructurada que pretendía recabar información acerca del desarrollo, síntomas, diagnóstico y tratamiento del SOP, así como la posición subjetiva con respecto a la feminidad, el ser femenina, ser mujer, y el ser madre. En promedio duró 60 minutos por cada participante. A continuación, se presentan fragmentos de lo tratado durante la entrevista, la información se organizó en tablas con el fin de facilitar la comprensión de la información, las tablas se organizaron de acuerdo al orden en el que se trabajó durante la entrevista.

A. *¿Qué edad tenías cuando te diagnosticaron? ¿Qué fue lo que te hizo ir al médico?*

**Tabla 3**

Participante	Edad	¿Qué fue lo que te hizo ir al médico?
A	20	"...porque no me llegaba el periodo, o sea digamos que me llegaba una vez, luego de cuatro meses no me llegaba"
B	18	"...estaba buscando un método anticonceptivo" "...como tenía unos periodos full irregulares, ahí me hizo el eco." "...me bajaba cada cinco meses, más o menos, así muy, muy irregular."
C	15	"Fui por chequeo." "... igual porque tenía mucho pelito." "...nunca he tenido, los periodos regulares. Siempre irregulares."
D	20	"Nunca he sido regular" "...como que a los 21 me empezaron a dar cólicos súper fuertes, muy denso."
E	20	"Porque quería tomar anticonceptivos, o sea si por eso pero también estaba con la regla full irregular también."

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

El objetivo de la pregunta fue indagar cuáles fueron los síntomas que llevaron a las participantes a buscar una opinión médica, así como conocer la edad a la que se conoció el diagnóstico. Como se muestra en la tabla anterior y, de acuerdo a lo revisado en el capítulo anterior, la amenorrea o ausencia de menstruación, así como la oligomenorrea, menos de nueve menstruaciones al año, son de los primeros y más evidentes síntomas que reconocen las mujeres con SOP. Los períodos menstruales irregulares corresponden al

segundo criterio diagnóstico del SOP de acuerdo a Rotterdam. Todas las participantes notaron alteraciones en su ciclo menstrual.

Con respecto a esto es posible reconocer un conflicto no manifestado con respecto a la menstruación, que corresponde social y culturalmente el paso de niña a mujer. La ausencia de menstruación, entonces, podría representar una forma de rechazar lo femenino, por una parte, el negarse a la capacidad de producir óvulos, que en el futuro podrán ser fecundados y dar paso a la maternidad, y con ello negarse a la posibilidad de la completud. Por otra parte, esta anovulación se puede ligar a un temor o vergüenza de reconocerse como un ser menstruante, la menstruación se puede comprender como un cierre de ciclo, soltar y dar paso a un nuevo comienzo, es posible que estas mujeres tengan una dificultad para completar procesos o terminarlos, así como para dejar ir ideas, proyectos o relaciones que las mantienen atadas y las lleven nuevamente a la repetición a la que hacía referencia Nasio. El patrón de retener podría ligarse a su vez con la aparición de quistes.

#### B. *¿Cómo te sentiste frente al diagnóstico?*

**Tabla 4**

Participante	¿Cómo te sentiste frente al diagnóstico?
A	“Creo que yo ya me esperaba algo así, la verdad, porque siempre tuve quistes.” “Cuando me dijeron que era un síndrome como que encontré una explicación.”
B	“Más bien como que algo bueno para mí, saber que, o sea digamos, podía controlar mi ciclo menstrual y que tenía una razón de ser.”
C	“O sea como que no me importó porque yo tenía 15 años, nunca me preocupe y nunca me cuide por lo que tenía... eso. O sea nunca lo tome en serio, como que no sabía lo que era en realidad.”
D	“Pensé primero como que turro, porque mi hermana tiene quistes, ella tuvo full problemas y tiene aún problemas por eso.” “Tengo miedo de que en algún momento me tengan que operar (...), o que medicarme, o sea lo que yo menos quiero en esta vida es que me mediquen.”
E	“...no fue nada que me alerte tanto la verdad.” “...más me preocupa el tiempo que estuve tomando las pastillas anticonceptivas muy fuertes, que la enfermedad en sí.”

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La pregunta pretendía examinar la reacción de las participantes frente al diagnóstico, se buscaba evaluar el grado de consciencia frente al desarrollo del SOP. En la mayoría de casos, las mujeres con este síndrome desconocen el desarrollo de la enfermedad, el tratamiento y los efectos secundarios que se pueden presentar.

En base a lo expuesto, el grado de afectación de las mujeres al conocer su diagnóstico varía de acuerdo a su experiencia. Si bien la preocupación frente a la presencia de síntomas es común, una vez que se conoce el diagnóstico médico, algunas mujeres expresan poco interés por lo que la enfermedad implica, otras expresan tranquilidad una vez que se la ha dado un nombre a su malestar, otras manifiestan preocupación por posibles las consecuencias del síndrome o el tratamiento. El SOP se considera silencioso ya que, en la mayoría de los casos las pacientes que lo padecen desconocen incluso, la existencia del mismo.

Sin embargo, es posible reconocer que, en primera instancia, no se evidencia malestar o inquietud por las posibles causas de la enfermedad aun cuando médicamente las causas no tengan una explicación médica. Se pone en evidencia que, a pesar de que el síntoma ha sido puesto en palabras, el SOP no genera curiosidad por examinar los aspectos psíquicos. Vale la pena recalcar que, aunque una primera impresión no las lleva a indagar más, la persistencia de síntomas las guía a seguir buscando una forma de aliviar el malestar, posiblemente al no hallar respuesta en la medicina occidental, estas mujeres empiezan a examinar causas ligadas a lo emocional, personal y mental.

### C. *¿Cuáles fueron tus síntomas antes y después del diagnóstico?*

**Tabla 5**

Participante	¿Cuáles fueron los síntomas que se presentaron antes y después del diagnóstico?
A	Acné, amenorrea, dismenorrea: "Tenía unos cólicos muy fuertes, tenía unos cólicos menstruales horribles." Síndrome premenstrual: "Cambios de humor totalmente." Quistes ováricos.
B	Acné, amenorrea: "variaba entre dos a cinco meses." Dismenorrea: "Cólicos menstruales, si full." Cambios de humor, aumento de apetito, quistes ováricos.
C	Acné, hirsutismo, amenorrea: Dismenorrea, síndrome premenstrual, quistes en los ovarios. "Se me hinchan mucho las chichis", quistes ováricos.
D	Acné, amenorrea, dismenorrea: "Me daban unos dolores como punzadas súper fuertes." Síndrome premenstrual. "Uno que identifique recién y que me dio recién, es que me da migraña, pero full, full antes de que me baje." Quistes ováricos.
E	Acné, amenorrea, dismenorrea, síndrome premenstrual: "...antes me pongo así súper sensible." Quistes ováricos.

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La pregunta pretende enumerar la presencia o ausencia de síntomas puesto que, en el SOP estos afectan a cada mujer de forma particular. Además, se pretendía indagar si las mujeres podían diferenciar cuáles síntomas se presentaron antes y cuáles después del tratamiento.

Para corroborar lo propuesto en el tercer capítulo, los síntomas que afectan a las mujeres con SOP corresponden al hiperandrogenismo, teniendo como consecuencia la producción de acné y el hirsutismo o crecimiento de vello. Anovulación, la cual se evidencia en la amenorrea, la dismenorrea, que se refiere al malestar durante la menstruación, por ejemplo, cólico menstrual y el síndrome premenstrual, lo que se evidencia en los cambios de humor previos a la menstruación. Quistes en los ovarios, determinados por un diagnóstico médico.

Las participantes, sin embargo, reconocieron algunos de los síntomas, como tales cuando fueron mencionados ya sea por el médico o por la investigadora durante la entrevista, lo cual pone en evidencia la falta de información con respecto al síndrome. La mayoría de síntomas se presentaron después del diagnóstico, es decir una vez que fueron puestos en la palabra. Todos estos síntomas médicos dan cuenta de la existencia de síntomas psíquicos, como se examinó anteriormente, responden a situaciones no resueltas con respecto a lo femenino. Rechazo, temor, vergüenza al convertirse y presentarse socialmente como representante de lo femenino, la maternidad y el ser mujer.

#### D. ¿Qué tratamiento se sugirió y cuál se realizó? ¿Cuánto tiempo duró?

**Tabla 6**

Participante	¿Qué tratamiento se sugirió y cuál se realizó? ¿Cuánto tiempo duró?
A	<p>“...fui donde el médico que hacía terapia neural, y me fue muy bien, luego de eso yo ya pude menstruar” (Seis meses).</p> <p>“...Metformina, y ese me ha servido también un montón como para regular mi organismo y así, pero también ya dejé de tomarlo porque no me hace falta, digamos, porque ya mis menstruaciones son regulares” (Un año y medio).</p> <p>“...ahora estoy tomando la Artemisa[*]” (Actualmente).</p>
B	<p>“Ahí me mando pastillas anticonceptivas porque me dijo que era tanto para el ovario como para la anticoncepción” (Hace cinco años hasta la actualidad).</p>
C	<p>“...me mandaron full pastillas” “me hicieron engordar full y comía full.” Cuatro años</p> <p>“...Metformina, pero me empecé a marear” (Actualmente).</p>
D	<p>“...alguna vez hace full tiempo me mando unas pastillas anticonceptivas para eso, para los quistes, pero los efectos secundarios eran horribles”</p> <p>Metformina (Actualmente).</p>
E	<p>“...en lugar de tomar los anticonceptivos normales, tomaba (etinilestradiol y el acetato de ciproterona) que son full fuerte, o sea que son mucho más fuertes.” (Durante 5 años) Ninguno actualmente.</p>

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Con esta pregunta se buscaba tener información acerca de, el o los tratamientos que se realizaron, en tanto el SOP es un síndrome del cual se desconoce la causa clínica.

Además, se pretendió identificar cuánto conocían las participantes, acerca del síndrome como de los posibles tratamientos.

El tratamiento más común en el caso del SOP es el uso de anticonceptivos hormonales sin embargo en la mayoría de los casos los efectos secundarios son tan fuertes para las pacientes que el tratamiento se suspende al poco tiempo, síntomas como acné, hirsutismo y amenorrea se reducen, pero aparecen unos nuevos, como aumento de peso, síndrome premenstrual más intenso, sangrados que simulan menstruación.

El uso de Metformina corresponde al segundo tratamiento más común, y es el que presenta mayor número de casos favorables. Cualquiera sea el tratamiento, se debe acompañar de una dieta saludable y la práctica de ejercicio regular. Muchas mujeres realizan diferentes tratamientos al sentirse inconformes con los resultados observados, sin embargo, en ninguno de los casos se ha podido llegar a la cura del SOP o a una reducción total de los síntomas. Esto puede deberse además a que la presencia o ausencia de estos han de variar en cada paciente. Aquí, se puede evidenciar de forma explícita el malestar físico de quienes padecen esta enfermedad, como si el darle un nombre específico a lo que les aqueja, fuese el desencadenante de todo aquello que antes de ser hablado no se había reconocido en el cuerpo.



## E. Podrías describirte a ti misma

**Tabla 7**

Participante	Podrías describirte a ti misma
A	"Me encanta estudiar antropología, me encanta mi carrera, me gusta mucho mi trabajo." "Creo que eso es lo que más me define, que me gusta lo que hago. Soy una persona muy familiar, me gusta estar mucho con mi familia, muchísimo." "Soy más bien introvertida, no suelo ser extrovertida. Soy tímida, también tiendo a tener baja autoestima." "Soy hipocondríaca (se ríe), pero me considero muy capaz, en lo que hago." "Creo que en realidad la palabra que mejor me define es 'feminista' (se ríe) ... ¡sí!" "Tengo rasgos del TOC."
B	"Soy una persona sensible, digamos me afectan bastante las cosas. Pero igual al mismo tiempo, si me considero bastante fuerte." "...ya llega un punto en el que las inseguridades, digamos, físicas o emocionales ya no tiene mucho efecto en mí." "Me considero una persona inteligente, también creativa. Me encanta todo lo que tiene que ver con el arte, con las letras también, todo lo que tiene que ver con lo verbal, con lo manual." "Soy bastante leal, no soy tan extrovertida, ni sociable pero... digamos, con las personas cercanas, con las que ya tengo confianza sí."
C	"Soy una persona... alegre, a veces me falta un poco de voluntad, en algunas cosas." "Tal vez si tengo cambios de humor, bastantes, a veces estoy bien, a veces estoy mal. Pero normalmente estoy feliz" "A veces soy full sensible, creo que sí, depende del... de mi período también, me vuelvo más sensible, como 10 días antes." "...conversamos bastante, y somos bien un apoyo, somos bastante compañera o sea si ella necesita que le acompañe a algo o no se vamos a comprar tal cosa juntas o vamos al médico, no sé, estoy sintiendo tal cosa." "...me parece que siempre ha sido tal vez mucho el soporte y que es bueno, es súper bueno, porque es como que sabes que tienes alguien en quien confiar o que si necesitas alguien ella va a estar ahí, pero al mismo también ha jugado mucho el rol como que de mamá súper poderosa así, y que puede que sea frágil, y ahorita como que me estoy dando cuenta." "...ella es frágil."
D	"...en este punto de mi vida soy una persona muy confundida, que trata de buscar su paz interior." "...me encuentro formándome, no podría decirte puntualmente, yo soy esto y esto, y el otro, porque no me siento aun como que 'soy'." "...tengo mis fallas, que son full, pero el punto es en el que me doy cuenta que quiero arreglarlo." "...pensar despegadamente, es algo que busco ahora, desapego, tal vez de lo material, y lo emocional también, ser una persona que no daña, eso es lo que quiero ser, mas no siento que aún lo sea."
E	"... soy tranquila como que bastante analítica así o, no sé cómo crítica así con las cosas, intento como que darme cuenta de lo que pasa alrededor." "...me gusta conocer mi cuerpo, saber cómo se comporta." "...tal vez pienso mucho antes de hacer las cosas." "...antes como que tenía más complejos, como que estoy gorda o no me paro bien, ni sé que, ahorita ya no me importa tanto (se ríe) o sea como digo: o sea al que le gusta bien al que no también, o sea es como que soy como soy y vivo bien así con mi cuerpo, si a veces pienso que, si me gustaría hacer más deporte, o sea si digamos por vanidad, pero también para sentirme más sana, para estar bien." "...conversamos bastante, y somos bien un apoyo, somos bastante compañera o sea si ella necesita que le acompañe a algo o no se vamos a comprar tal cosa juntas o vamos al médico, no sé, estoy sintiendo tal cosa."

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

El objetivo de esta pregunta fue indagar acerca de la autopercepción física y psíquica de las participantes, con el fin de conocer la forma en la que perciben su cuerpo y su personalidad. La construcción de esta percepción tiene como base lo que el entorno le transmitió a la niña que era o no.

Durante la entrevista, antes de responder a la pregunta se presentan silencios largos y se evidencia duda en las participantes. Como se observa, las mujeres expresan inseguridad con respecto a sí mismas, en la mayoría de casos en el plano físico o emocional, sin embargo, es evidente también una maduración psíquica en la que estas mismas inseguridades dejan de tener un plano primordial, han sido reconocidas y deberán ser trabajadas.

Esta maduración es la que permite que estas mujeres se perciban positivamente y describan sus cualidades positivas aun cuando reconocen aquello que no les agrada con

respecto a ellas mismas. Las descripciones son cortas en general y se expresan pocos detalles, sin embargo, la postura y expresión de las participantes permite llegar a este análisis. Algunas participantes evaden la mirada de la investigadora, otras manipulan los objetos sobre la mesa o se tocan las manos, sin duda en esta pregunta los mecanismos de defensa de cada participante se hicieron presentes.

La autopercepción está ligada a lo que el padre y la madre construyeron durante la infancia. La niña se apropia de aquello que le dijeron que era, cómo comportarse y cómo responder a la demanda del otro. Físicamente, las mujeres han de presentarse como su madre les mostró debían hacerlo ya sea de forma explícita o con lenguaje no verbal. La concepción que estas mujeres tienen de sí mismas se relaciona además con los síntomas del SOP, se vuelve una relación cíclica en la que el síntoma alimenta la inseguridad y la inseguridad alimenta al síntoma.

## F. Describe ¿cómo fue tu infancia? ¿Cómo era la relación con tu madre?

**Tabla 8**

Participante	Describe cómo fue tu infancia, ¿Cómo era la relación con tu madre?
A	“Mi infancia yo creo que fue bastante feliz, porque yo crecí en un ambiente hermoso, me encantaba mi colegio.” “... a los ocho años que fue cuando mis papas se divorciaron, no creo que fue muy feliz porque mi papá estaba lejos.” “... conflictiva hasta hace 3 años, yo me fui de mi casa a los 16, porque no le soportaba a mi mamá, era muy sobreprotectora conmigo, me acaparaba mucho y eso paso porque ella tuvo muchos abortos.” “... nos llevábamos, súper, súper mal, hasta que yo entre la universidad, y luego poco a poco se fueron apaciguando las cosas.” “Yo me parecía mucho a mi mamá, como que siempre adoptar esta posición de víctima también” “...yo intente mucho tiempo no parecerme a mi mamá porque me parecía el cuco y me parecía lo peor.” “Creo que yo he encontrado una amiga, cómo no puedo decir mi mejor amiga, pero si una amiga súper importante para mí, porque ella siempre ha estado cuando yo lo he necesitado.” “...creo que nos hemos podido acompañar como mujeres, como la sororidad yo la siento con mi mamá todo el tiempo.”
B	“En realidad me llevaba súper bien, me cuidaba un montón.” “Todas mis figuras de autoridad, digamos, han sido mujeres.” “Como que las mujeres eran como que, mi figura de autoridad y mi ejemplo a seguir.” “Con mi mamá siempre me lleve bastante bien, éramos digamos, bastante apegados, porque es madre soltera.” “Cuando tenía ocho años más o menos le diagnosticaron cáncer a mi mami, entonces, digamos, eso fue... por el mismo hecho de que somos bastante apegados, digamos, difícil para esa edad afrontar esa enfermedad.” “Ha influenciado en casi todos los aspectos de mi vida, porque... digamos, fue el ejemplo directo que tenía, y de cómo... digamos, de cómo ver el mundo, y como asumir las cosas, de cómo afrontar las cosas. Digamos, como para hacerlo o no hacerlo, como que ella es un ejemplo que yo sigo para decir esto está bien y ella lo está haciendo mal, entonces yo lo voy a hacer diferente”
C	“Mala, siempre peleábamos... hasta ahorita. Pero antes era peor, cuando yo era niña. Nos peleábamos full.” “...porque somos iguales.” “...mamá no podía tener hijos entonces ella hizo un tratamiento hormonal, no sé si tenga que ver, bueno puede ser. Ella se hizo un tratamiento hormonal como cinco veces, y luego nací yo.” “Ella me crió, prácticamente.” “O sea siempre, mi mamá fue full fresco. Siento que... era tranquila, siempre me cuidaba bastante.”
D	“Extraña, me divertí mucho (...) pasé mucho tiempo sola.” “... a mi mamá le tocó hacerse ocho mil para poder sacarnos adelante de la nada.” “... desde que yo era muy chinita era muy cercana, muy cercana, porque obvio era la última hija, obvio full mimada, en la adolescencia yo... tenía otro plan para mí, muy diferente al plan que mi mamá se creó todo ese tiempo ese que me consintió” “Y cuando cumplí 18 años (se ríe) ...de los 17 hasta los 21, nos llevamos súper mal, súper mal, la adolescencia también cachas, pero como todo adolescente con sus papas.” “Un montón, o sea mi mamá es un caso aparte.” “...la man representa full fortaleza y full carácter.”
E	“...ella estaba súper ausente la verdad, ahora somos súper cercanas, pero es porque ella trabajaba bastante.” “...mi ma igual me presionaba full para estudiar, no me gustaba hacer deberes.” “...trabajaba y volvía a la casa y hablaba full de trabajo y me daba iras.” “...salíamos bastante y era súper cariñosa, nos abrazábamos bastante. Me daba iras, o sea eso sí, no me gustaba, porque era súper, o sea siempre fue súper protectora, como sobreprotectora, tal vez eso sentí más en mi adolescencia.” “...en mi casa ha sido como matriarcado, (se ríe) como que mi mami manda y ya, entonces le pedíamos permiso a mi pa para algo, y era como que no se preguntale a tu mamá, lo que diga tu mamá y ya, y entonces ya sabíamos quién manda y que no nos dejaba hacer full cosas así.”

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Esta pregunta busca indagar acerca de la formación de la ligazón madre – hija, conocer acerca de la identificación con la madre y el desarrollo de la dinámica de la relación entre ambas.

La respuesta de las participantes, en esta pregunta, tiene un factor en común, la ambivalencia que existe en la ligazón madre – hija. Se expresa un profundo amor y agradecimiento al cuidado materno, y sin embargo es evidente el conflicto que existe entre ambas. Para la hija, el rol de la madre se percibió en algunos casos cómo excesivo, madres que sobreprotegen a sus hijas, o ejercen una autoridad extrema; en otros casos se refiere a una ausencia de rol evidente, madres que suplen necesidades económicas y materiales y descuidan necesidades emocionales.

Las mujeres expresan haber tenido en alguna etapa de su vida una relación problemática con su madre, en la mayoría de casos durante la adolescencia. En las

respuestas se puede reconocer algunos mecanismos de defensa, como la racionalización, la formación reactiva y/o la represión. Si bien, la pregunta hace referencia a la infancia, las participantes brindan mayor información con respecto a etapas posteriores, en las que la relación presenta conflictos.

Actualmente la relación madre – hija ha tomado un giro, respondiendo nuevamente a la ambivalencia, las participantes manifiestan tener una relación armónica con sus madres. Aquí se corrobora lo expuesto en el primer capítulo con respecto a la ligazón - con la madre-, las mujeres con SOP atraviesan su paso por el Complejo de Edipo de una forma particular. La forma de comunicarse con la madre va a ser también la forma de comunicarse con los demás femeninos, y así mismo la forma de comunicarse con el padre, y a través de él, con el mundo externo.

## G. ¿Cómo era la relación con tu padre?

**Tabla 9**

Participante	¿Cómo era la relación con tu padre?
A	<p>“...como que no crecí mucho con mi pa.” “A ver, mi papa es una persona muy complicada como todos, pero... yo a mi papá siempre, siempre, le adoro, si mamá era el cuco, mi papá era el ángel salvador así. Entonces yo le idealizaba muchísimo, muchísimo.” “Cada vez que yo necesitaba algo mi papá se preocupaba por mí de una manera increíble.” “... en realidad, mi papá siempre tuvo problemas de dinero, no nos pudo pagar la educación, ni la comida, ni su vivienda, o sea nada, nada, nada y justo por esa situación se fue a la cárcel fue una cosa tenaz.” “ahora me doy cuenta porque claro, esta cuestión del ánimo y del animus y todo eso. Yo tengo tenía un padre interno, bastante conflictivo” “... mis novios han sido bastante como mi papá, y o sea a veces mis novios han sido bastante como mi mamá también, como los que te ponen límites y te cortan y te asfixian y no te dejan hacer nada y son súper celosos.” “Creo que en la forma de pensar... mi papá es comunista, yo no soy comunista pero él siempre tiende a la solidaridad con los otros, al comprender al otro. Él me enseñó todo, todo lo que sé me enseñó mi papa, de las cosas en verdad creo que sirven en la vida, de respetar al otro, de no discriminar a nadie, de ser solidario.” “Creo que la ternura es algo que aprendí de mi papá, que siento que a veces es innato en mí, o sea cuando la gente me ve dice que soy súper tierna, y a veces yo no lo percibo. Pero mi papá es una persona sumamente tierna, entonces creo que eso aprendí de él.”</p>
B	<p>“Si, la relación con mi papa es bastante difícil porque es esquizofrénico.” “O sea por su enfermedad. Y como es bien caprichoso también, nunca toma las medicaciones, y estaba bien o estaba mal, o estaba dopado o así, y el tema es que en ese entonces yo no sabía que él era esquizofrénico, entonces yo simplemente pensaba que era una cuestión de él, y no le, digamos, soportaba mucho. Pero siempre, como no era una relación tan cercana, es como que, digamos, cuando te portas educada con un tío.” “mi papá dependía demasiado de mi mamá. Se repitió el patrón conmigo, cuando yo vi que él era demasiado dependiente de mí ahí fue cuando corté la relación.” “Tal vez en el carácter un poco fuerte, es que también todos somos súper coléricos.” “Así como bastante explosivos y no pacientes.” “Creo que también somos bastante parecidos.” “En lo que menos me parezco y menos me quiero parecer es en ser cerrado, como que así socialmente, culturalmente y familiarmente.”</p>
C	<p>“...mi papá siempre me llevaba de viaje, a todo lado. Como que intentó que tenga una infancia feliz.” “...o sea él siempre me mimaba mucho.” “O sea no compartí mucho, cuando era joven no mucho, como que no me importaba y prefería salir, cuando no estaba aquí.” “...mi papa no estaba siempre. Me acuerdo que se iba de viaje, así. La que estaba siempre era mi mamá, porque él a veces no vivía aquí, o sea iba a otro país, o venía o se iba.” “Él me ha enseñado muchísimas cosas, él es como mi maestro, la verdad.” “Como que me ha enseñado a ser humilde, me he enseñado a valorar lo que somos, lo que tenemos. Me ha enseñado a... ¿qué será?... A ser fuerte.”</p>
D	<p>“...mi papá se fue cuando yo tenía dos años” “En lo que no quiero ser, en lo que no me quiero convertir, y en... cierta forma agradezco que se haya ido porque si no, no sería la persona que soy ahora.”</p>
E	<p>“Bien, o sea es que yo siempre era full... me mimaba full mi papi (se ríe) igual nos llevábamos súper bien, porque a mí siempre me gustó el arte y eso, como que pintar y a mi papi también, entonces él también me motivaba así para eso, me compraba colores, pinturas, conversábamos sobre eso. Igual me parece que él ha sido alguien que si ha despertado bastante, no sé, como mi curiosidad.” “Lo que me daba iras, era como que cuando era medio celoso así, y tal vez como que iras cuando decía preguntale a tu mamá y el como que no decidía mucho así.” “O sea me ha motivado bastante para hacer lo que quiero” “Lo que tal vez siempre me daba iras de mi pa es como que un machismo sin querer, digamos, no es de malo pero o sea él es súper celoso, ve un chico que me gusta, como que no se en seguida no le gusta mucho la idea, digamos.”</p>

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Esta pregunta pretende examinar la dinámica de la relación padre – hija, y conocer de qué forma ha sido afectada por la relación madre – hija. Se busca además tener un acercamiento a la relación con la figura masculina que permita entender a la femenina.

La percepción general de lo paterno corresponde a una figura ausente, ya sea en el plano físico, psíquico o emocional. Las participantes expresan haber tenido y tener una relación armoniosa con sus padres, sin embargo, es evidente que estas figuras se concibieron como débiles, padres que no son capaces de solventar necesidades económicas o emocionales, que viajan, que se ausentan por largos períodos de tiempo o que, a pesar de cumplir estas necesidades, su rol como autoridad fue casi imperceptible.

Aunque se manifiesta un profundo amor al padre, la relación que se tiene con la madre parece ser de mayor impacto durante la adolescencia.

Aquí ya es posible esbozar, el porqué de una imposibilidad en el simbolizar en las mujeres que sufren de SOP. La figura del padre en este caso, al estar ausente o simularse como tal hace que la niña se relacione con el lenguaje de una forma particular, para ella el poner en palabra resulta una tarea que no es capaz de comprender del todo, puesto que el otro (el padre) no ha sabido ejercer su rol y por ello no ha podido introducir a la niña en el plano de lo simbólico. Cómo no es posible poner el malestar en el campo de la palabra, se empieza a expresar a través del cuerpo. Esto excluye a las mujeres que padecen de SOP del orden simbólico, en tanto el fenómeno psicosomático está ubicado en la forclusión. Esto tendrá como consecuencia también que la niña reconozca su feminidad exclusivamente a partir de la relación con su madre.

## G. ¿Qué significa feminidad para ti? ¿Te consideras “femenina”?

**Tabla 10**

Participante	¿Qué significa feminidad para ti?
A	<p>“...la feminidad tiene que ver mucho con la identidad de uno, pero siempre es algo cambiante, no es algo estático por suerte. Yo creo que uno va definiendo y redefiniendo su feminidad, parece que en algún momento se llega a cristalizar y luego se rompe, es dialéctico, digamos, en ese sentido. Yo hasta ahora no puedo definir lo que es feminidad, porque hay muchas feminidades, hay muchos modos de ser, múltiples que justamente tienen que ver con todo esto, con relaciones familiares, clases psicológicas, de etnia, sí. En realidad, creo que es algo que está en construcción constante, y que uno va buscando.”</p> <p>“...lo femenino es una construcción social.” “Yo creo que lo me hace mujer, y lo que me hace femenina, es la vivencia con otras mujeres, que hemos pasado por lo mismo, y que nos definimos colectivamente con ser mujeres.” “Creo lo femenino está en lo místico... con lo profundo que hay de cada uno, con el centro. Con el centro sagrado. (...) Se va re definiendo constantemente, por eso digo que es problemático, porque no lo puedo definir.” “Pero a veces me siento muy masculina, pero sí, si me siento femenina.”</p>
B	<p>“Familia?... ah feminidad. (silencio) Significa... o sea para mí significa fortaleza arraigada al cuerpo y al sentimiento, y a la emoción.” “Creo que en realidad como que, el útero y los ovarios, y lo... o sea los órganos sexuales femeninos como que si tienen mucho que ver con sentirse empoderado en ciertos momentos.” “...más allá de una fuerza física (...) lo ligo como fortaleza emocional.” “Sí, porque... (Se ríe) o sea para mí es como que entender... intentar como que entender tu cuerpo. Y digamos, no seguir lineamientos culturales, sino más bien como... entender lo que tu cuerpo está sintiendo y entender las emociones y no deslindarte de esas emociones, digamos, porque para mí como que ser fuerte es muy importante.”</p> <p>“...culturalmente te dicen que es antagónico sentirte triste, o ser sensible o así, pero en realidad pienso que es al revés.”</p>
C	<p>“Feminidad... para la mí, la feminidad es una fuente de vida.” “O sea como que... la feminidad, lo femenino... siempre da la vida ¿no?, o sea obviamente los hombres también tienen su parte femenina, pero igual. O sea, para mí, la feminidad es... es crear, es creación, es vida. De muchas formas, no sé creatividad, fertilidad, que forma parte de la feminidad.” “...cuidar, así, las cuestiones maternas, así, a los hijos. Y de eso también tienen los hombres ¿no? En dar amor.” “tengo más energía femenina en mí, que masculina. Obviamente hay diferentes mujeres, algunas tienen más energía femenina, otras igual, masculina. Pero sí creo que tengo buena parte de ese femenino.” “Siento a veces ese instinto maternal, bastante, porque... siento. No solo... o sea en todo, los perritos así, en todo, en todo.”</p>
D	<p>“...cuando me dices feminidad se me viene una man, súper delicada súper princesa, pero también solo veo una chica que actúe como mujer que realicé sus ideales para que le puedan tomar en cuenta porque sí, sí es cierto que somos full diferente a los hombres de las mujeres, en un montón de cosas, un montón de cosas físicas, emocionales.” “...Es una pregunta chistosa porque, toda la adolescencia me sentí, o no me sentí tampoco, hubo un tiempo en el que dije no me siento muy femenina ¿será que soy lesbiana?, y experimente, experimente, experimente, experimente, y nada, no lo soy.” “...ahora yo sé que tengo otros modos de expresar mi feminidad.” “Sintiéndome cómoda.”</p>
E	<p>“... tal vez tiene que ver con una capacidad de intuición grande, con si una delicadeza, de hacer las cosas o decir las cosas. Fuerza e inteligencia (...) o sea parece que como que un lado femenino sabe decirte las cosas, cómo que directas y sinceras, pero de una forma delicada, cómo que intuyen y saben por dónde ir, así que es mucho esta capacidad de las mamás, como que de percibir las cosas y de inteligentemente resolver o hacer que te des cuenta.” “Sí, en algunas cosas sí, en algunas otras no.”</p> <p>“...la intuición estoy desarrollando, o sea si tengo, pero me gustaría tal vez desarrollarle más, percibir el medio y actuar según eso, ver actitudes de una persona y ya más o menos sabes cómo tratar a esa persona y como decirle las cosas, ese tipo de inteligencia digo” “...generosidad me parece que podría desarrollar más por el simple hecho de que no soy madre.”</p>

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Con esta pregunta se busca abrir el tema de la feminidad, y conocer cuál es la posición subjetiva de las participantes con respecto a la feminidad en general, así como su auto identificación con dicha feminidad. En general las participantes relacionan lo femenino con una fuerza positiva, un motor que impulsa tanto física como psíquicamente.

El cuerpo y los órganos femeninos se entienden como contenedores de fortaleza, sostén, cambio y ciclicidad. De la misma forma estas cualidades se relacionan con lo materno, lo femenino tiene una relación con el deseo de cuidar y proteger a los otros. Lo femenino se vincula con independencia, intuición y conexión con el otro. Todas las

participantes manifestaron sentirse femeninas, dando cuenta de una identificación positiva con respecto a su propia feminidad. Se dice positiva, en tanto las respuestas dadas por las participantes tienen un carácter de cualidad.

Esto hace referencia a lo mencionado por Julia Kristeva en el primer capítulo, lo femenino está ligado al *hacer*, es decir estar activa y en constante movimiento. Esto sin duda tiene relación a la pregunta anterior, puesto que la madre es la primera representante de lo femenino. Las participantes reconocen en sus madres a lo femenino y se autoidentifican así mismas en función de lo que aprehendieron de sus cuidadoras primarias.

Aquí, es importante retomar lo que se propuso en el primer capítulo con respecto a la estructuración de la feminidad. Cada mujer ha de construir su concepto de lo femenino de acuerdo a su experiencia, sus circunstancias y su historia de vida, esto implica el mundo en el que vivimos actualmente y la posición que se le ha dado a la mujer en lo contemporáneo. El hecho de estar rodeadas socialmente por un movimiento de empoderamiento femenino afecta cómo las participantes conciben a la feminidad y que tan cómodas se sienten con la suya.



J. *¿Te gustaría ser madre en el futuro? ¿Por qué?*

**Tabla 11**

Participante	¿Te gustaría ser madre en el futuro? ¿Por qué?
A	“En este país no, (...) siento que tener una hija en este país, sería algo tenaz, algo terrible. Como que en realidad no estaría dispuesta a poner a un ser humano a vivir estas cuestiones, que en realidad son el pan de cada día.” “Creo que si estuviera en otro país con mejores oportunidades. Y a pesar de que uno no les pueda proteger de todo, sí. Si yo pudiera pensar en mi hija con una calidad de vida distinta, lo haría, claro que sería madre.”
B	“No, (...) no vale la pena traer más personas al mundo.” (Se ríe) “...antes no quería, o sea digamos, no sentía una necesidad, y racionalmente no quería ser mamá. Pero ahora que ya estoy más grande, no sé, si tengo un poco de instinto materno, y a veces veo un niño y me dan ganas de tener un hijo, pero racionalmente no quisiera.” “Siento que la maternidad impediría ciertas cosas profesionalmente” “...si tengo un hijo tiene que tener un papá, va a tener un papá. Entonces como que eso también me relacionaría de por vida a una persona que, tal vez no necesariamente quiera tener siempre en mi vida.”
C	“Sí, tal vez sí. No estoy segura.” “O sea sí, si quisiera, pero a veces me pongo a pensar y ¡no!, pero en el fondo ¡sí!” (Se ríe) “Como que no... es duro ¿no? Te limitas a muchas cosas, como que ya no puedes hacer lo que te da la gana. Y tienes que pensar por alguien más ¿no? parte de ti en verdad” “Pero como que mi interior quiere, siempre.”
D	“No, porque no siento que he llegado al punto en el que sienta que pueda cuidar, guiar a un niño.” “Si es que logro entender la vida en el modo en el que quiero entenderla, de una, porque así voy a poder criar una persona que cuando crezca va a ser una persona muy pensante que no haga daño, ¡sí! que va a ser full bien.”
E	“Sí, me parece que es una capacidad muy bonita del cuerpo porque o sea de la mujer justamente, tiene la capacidad de dar vida y me gustaría sentir como que lo que es, que mi cuerpo cambia, sentir que tengo alguien en mi barriga. Cómo que sentir mi cuerpo en ese estado que no lo conozco, si me gustaría, y también me parece que ser madre, está unido mucho a este amor incondicional que es bonito así y tiene la capacidad de amar.”

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Ninguna de las participantes es madre, la pregunta pretende conocer acerca de la posición subjetiva con respecto a la maternidad. La respuesta general de las participantes en un principio, es el negarse a ser madres, en algunos casos se mencionan factores culturales, sociales y afectivos. Se hace referencia al contexto ecuatoriano, como hostil y posiblemente dañino, además estas mujeres visualizan en la maternidad una responsabilidad de la cual no desean hacerse cargo en un futuro inmediato, ya sea por motivos personales, relacionales o profesionales.

Esto se relaciona con lo que se mencionó en los dos primeros capítulos con respecto a la percepción de la maternidad. Por una parte, las mujeres con SOP se niegan a ser madres dado que el rol que perciben de en las suyas tiene una connotación negativa, además de acuerdo a Kristeva, esta negación se relacionaría con el temor de la mujer a enfrentarse a la ilusión pasajera de poseer el falo, perderlo después y enfrentarse nuevamente con la falta. Además, como se revisó en la pregunta el cuerpo de estas mujeres responde a la pregunta, con síntomas como la amenorrea y la oligomenorrea, que están dando cuenta nuevamente de una negación a la posibilidad de convertirse en madres.

Sin embargo, nos enfrentamos nuevamente con la ambivalencia del discurso, se

reconoce en ellas una inclinación al ser madres, se pone en duda la posibilidad de ser madres, es una pregunta que inquieta a las participantes. Dado que su respuesta va siendo modificada, se puede decir que esta ha de variar de acuerdo al contexto de cada mujer.

#### **4.2.2 Test de la Figura Humana**

Con el fin de completar la información que se obtuvo en la entrevista, se aplicó el Test de la Figura Humana de Machover. Dado que corresponde a una técnica sencilla, económica y de fácil aplicación, el tiempo promedio que se empleó fueron 10 minutos. Para este análisis, se tomaron notas y se les preguntó a las participantes: ¿Quién es la persona del dibujo?, ¿Qué edad tiene?, ¿Qué está haciendo? Otro de los objetivos fue, tener una versión de cómo las participantes perciben sus propios cuerpos. En la interpretación de los dibujos se tomaron en cuenta fueron: rasgos estructurales, es decir, ubicación de la figura, tamaño de la figura, presión, tipo de líneas, borraduras y sombreado. Así como, rasgos corporales o contenido, que se refiere a cada una de las partes del cuerpo y vestimenta

##### **Participante A**

##### **Ilustración 1**



\*Ilustración realizada durante la entrevista semiestructurada, 2017

**Tabla 12**

Rasgos	Análisis	Interpretación
Ubicación de la figura y perspectiva	Figura hacia la izquierda	Sujeto orientado hacia sí mismo evasión de las situaciones del mundo y problemas
	De perfil	
Tamaño de la figura	Mediano	Sentido equilibrado de autoestima
Tipo de líneas	Trazos cortos	Índices de ansiedad e inseguridad
Facciones del rostro	Rasgos suaves en la cara	Timidez
	Nariz de perfil	Señal de conflicto o dificultades sexuales
	Pupila omitida	Egocentrismo, histéricos que contemplan sin discriminación objetiva
Cabello	Cabello tratado esparcidamente	Virilidad inadecuada, inmoralidad sexual
Cuerpo	Cuerpo anguloso	Índice de masculinidad
Pechos	Omisión de senos	Infantilismo, rechazo al cuerpo femenino
Brazos	Brazos delgados	Sumisión, débil contacto, sujeto que se deja llevar
Cintura	Cintura reforzada	Tensión irritante con respecto a la propia feminidad
Piernas	Piernas con líneas temblorosas	Energía vital disminuida, de energía sexual

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La participante se orienta a sí mismo, lo que da cuenta de una evasión a las situaciones o problemas que el mundo le presenta. Se reconocen índices de ansiedad, inseguridad y timidez, lo que se puede relacionar con un conflicto o dificultad en el plano sexual, relacionado a su vez con una energía vital disminuida. La participante está identificada con su propio cuerpo sin embargo se evidencia un infantilismo y masculinidad, posiblemente ligado a un rechazo a cuerpo femenino. Esto tiene que ver, además, con una tensión irritante con respecto a la propia feminidad.

De acuerdo al relato, el infantilismo se corrobora en tanto la edad que se le atribuye al dibujo es menor a la edad de la participante, además se observa al sujeto como fantasioso y soñador, lo que se puede entender como un mecanismo de defensa.

## Participante B

### Ilustración 2



\*Ilustración realizada durante la entrevista semiestructurada, 2017

**Tabla 13**

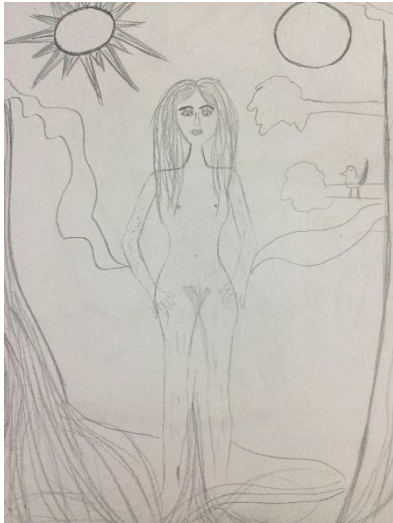
Rasgos	Análisis	Interpretación
Ubicación de la figura y perspectiva	Figura larga colocada al medio del papel	Fantástica estimación de sí mismo
Tamaño de la figura	Mediano	Sentido equilibrado de autoestima
Tipo de líneas	Trazo fuerte hacia afuera	Tendencia a la extroversión
Cabello	No Aplica	
Cuerpo	Omisión del cuerpo	Repudio del propio cuerpo y agresión a la figura femenina
Pechos	Omisión de senos	Infantilismo, rechazo al cuerpo femenino
Brazos	Omisión de brazos	Sujetos que perciben rechazo de su madre y/o de otras mujeres.
Cintura	Omisión de la cintura	Conflicto dicha parte del cuerpo

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2017

La participante dibuja únicamente un rostro, si bien se identifica con el mismo sexo, es evidente un conflicto con respecto al cuerpo. Se presenta una fantástica estimación de sí mismo a modo de mecanismo de defensa. Aunque la figura da cuenta de un sentido equilibrado de autoestima por su tamaño, se observa un repudio al propio cuerpo y agresión a la figura femenina. La participante percibe rechazo por parte de la madre y/o de otras figuras femeninas.

## Participante C

### Ilustración 3



\*Ilustración realizada durante la entrevista semiestructurada, 2017

### Tabla 14

Rasgos	Análisis	Interpretación
Ubicación de la figura y perspectiva	Dibujo en toda la página	Sujeto con el ego inflado
Tamaño de la figura	Mediano	Sentido equilibrado de autoestima
Tipo de líneas	Trazos cortos	Índices de ansiedad e inseguridad
Facciones del rostro	Acentuación de rasgos faciales en forma marcada	Compensación en la fantasía de una deficiente autoestima
	Ojos penetrantes	Actitud socialmente agresiva
Cabello	Cabello destacado	Carácter regresivo, compensación sexual inconsciente
Cuerpo	Cuerpo delgado	Descontento con su propio cuerpo
Pechos	Omisión de senos	Infantilismo, rechazo al cuerpo femenino
Brazos	Brazos pegados al cuerpo	Rigidez
Cintura	Cintura estrecha	Retraimiento, inhibición
Piernas	Piernas sombreadas	Evidencia de trastornos sexuales de pánico

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La figura da cuenta de un sujeto con un aparte sentido equilibrado de autoestima, el sexo corresponde al de la participante, sin embargo, se evidencian índices de ansiedad e inseguridad. Existe una compensación en la fantasía de una deficiente autoestima. Esto se relaciona con un descontento con el propio cuerpo y un rechazo al cuerpo femenino específicamente. El dibujo presenta una serie de elementos adicionales,

## Participante D

### Ilustración 4



\*Ilustración realizada durante la entrevista semiestructurada, 2017

**Tabla 15**

Rasgos	Análisis	Interpretación
Ubicación de la figura	Dibujo cuidadosamente centrado	Sujeto bien adaptado, equilibrado
Tamaño de la figura	Mediano -	Sentido equilibrado de autoestima
Tipo de líneas	Trazos cortos	Índices de ansiedad e inseguridad
Facciones del rostro	Acentuación de rasgos faciales en forma marcada Barbilla sombreada Ojos cerrados	Compensación en la fantasía de una deficiente autoestima tendencia a ser socialmente dominante realizado como mecanismo de defensa ante la presión del medio ambiente,
Cabello	Cabello destacado	Carácter regresivo, compensación sexual inconsciente
Cuerpo	Cuerpo redondeado	Menor agresión y más feminidad
Pechos	Pecho voluminosos -	Expresión oral, identificación con una madre dominante
Brazos	Brazos extendidos horizontalmente	Búsqueda de contacto superficial
Cintura	N/A	
Piernas	Dibujar sentado a la persona conflictos y preocupación por esta zona del cuerpo	

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La participante está bien adaptada y posee un sentido equilibrado de autoestima, existe una identificación con el sexo de la figura, lo que da cuenta de menor agresión y más feminidad. Sin embargo, la figura da cuenta de índices de ansiedad e inseguridad, así como una compensación sexual inconsciente. La participante puede usar a la fantasía como un mecanismo de defensa, además busca presentarse como socialmente dominante.

Se observa identificación con una madre dominante, y una búsqueda de contacto superficial. El dibujo incluye

## Participante E

### Ilustración 5



\*Ilustración realizada durante la entrevista semiestructurada, 2017

### Tabla 16

Rasgos	Análisis	Interpretación
Ubicación de la figura y perspectiva	Parte superior derecha	Expresión
Tamaño de la figura	Pequeño	Supervaloración del medio ambiente, disminución del propio yo
Tipo de líneas	Trazo sumamente fuerte	Agresividad
Facciones del rostro	Acentuación de rasgos faciales en forma marcada	Compensación en la fantasía de una deficiente autoestima Señal de conflicto o dificultades sexuales
	Ojos acentuados	Índices de hostilidad
Cabello	Cabello destacado	Carácter regresivo, compensación sexual inconsciente
	Insistencia en el pelo	Preocupación sexual
Cuerpo	Cuerpo delgado	Descontento con su propio cuerpo
Pechos	Omisión de senos	Infantilismo, rechazo al cuerpo femenino
Brazos	Brazos extendidos horizontalmente	Búsqueda de contacto superficial
Cintura	N / A	

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La participante tiende a la supervaloración del medio ambiente y con ello a la disminución del propio yo. La figura muestra una tendencia a la agresividad y hostilidad, esto podría entenderse como un mecanismo de defensa a manera de compensación debido a una deficiente autoestima. Existe preocupación sexual y un descontento con el propio cuerpo, es decir al cuerpo femenino. La participante pretende una búsqueda de contacto superficial. La figura se encuentra enmarcada por un círculo.

### 4.2.3 Discusión de Resultados

Puesto que la presente disertación es de tipo teórico aplicada, con una base de teoría psicoanalítica, el discurso de las participantes ha de cumplir un rol fundamental, sin embargo, es importante aclarar que se requiere de la misma manera, el análisis de una herramienta adicional que permita corroborar o contrarrestar este discurso. El presente análisis pretende elaborar los resultados de la entrevista semiestructurada y la interpretación del Test de la Figura Humana. A continuación, se presentan tablas de comparación por participante.

#### Participante A

**Tabla 17**

**Entrevista**

La participante se muestra cómoda durante la entrevista, responde abiertamente a las preguntas. En cuanto al SOP los síntomas que se presentan son: amenorrea, acné, dismenorrea, fuertes cólicos menstruales y variaciones recurrentes en el estado de ánimo. La participante se percibe a sí misma como una persona familiar, tímida, de baja autoestima, hipocondriaca y feminista. La participante expresa haber tenido una relación conflictiva con su madre, la percibe como sobreprotectora y acaparadora, sin embargo, reconoce en ella a la sororidad, la considera una amiga y alguien que esta con ella cuando la necesita. Menciona haber tenido una relación lejana con su padre y tener una imagen idealizada de él. La participante entiende a lo femenino como algo cambiante y dialéctico. Se considera a sí misma como femenina, menciona desarrollar esa feminidad dado que está en contacto con otras mujeres. Menciona que sería madre fuera del contexto ecuatoriano, pues no considera que sea un entorno apropiado en el caso de tener hijos.

**Figura Humana**

El dibujo corresponde al sexo de la participante. En la figura se presenta un conflicto con el cuerpo, inseguridad con respecto al cuerpo de la mujer. Infantilismo, fantasía como mecanismo de defensa. Tensión con respecto a la propia feminidad. Con respecto a las preguntas acerca de la figura, la edad atribuida son los 15 años. La historia que se cuenta tiene rasgos fantasiosos y hace referencia un mundo lleno de idealizaciones.

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

En este caso, es evidente el conflicto que existe con respecto al cuerpo, la inseguridad que se expresa de forma verbal y se confirma en la figura humana. La participante se percibe así misma desde una posición de inseguridad, la relación que mantiene con su cuerpo femenino se vincula directamente con la ligazón con la madre.

La relación ambivalente que mantiene con ella da lugar, en primer plano a un rechazo por el cuerpo de la mujer, la amenorrea y dismenorrea lo corroboran, la ausencia de periodos menstruales o periodos menstruales dolorosos dan cuenta de un conflicto con el órgano femenino. Esta misma relación, dado que es ambivalente es la que permite entender porque a pensar del conflicto con el cuerpo femenino, la participante es capaz



de reconocerse e identificarse a sí misma como femenina. Su madre representa también cualidades positivas y con las que la participante se siente a gusto.

## Participante B

### Tabla 18

#### Entrevista

Durante la entrevista, la participante se muestra cómoda y abierta a responder las preguntas. En cuanto al SOP, los síntomas que se presentan son acné, amenorrea y cambios de humor frecuentes. Se describe a sí misma como una persona sensible, fuerte, inteligente, creativa, leal e introvertida. Reconoce tener inseguridades físicas y emocionales y manifiesta tener un control sobre ellas. Con respecto a la relación con la madre, menciona tener una buena comunicación, sentirse cuidada y encontrar en lo femenino un modelo a seguir. Por otra parte, describe a la relación con su padre como difícil y lejana, esto en parte debido al diagnóstico de su padre como esquizofrénico. La participante reconoce a la feminidad como una fortaleza arraigada al cuerpo, sentimiento y emoción. Se reconoce a sí misma como femenina pues está en la capacidad de entender a su cuerpo y deslindarse de las emociones. Considera la posibilidad de ser madre, sin embargo, menciona que racionalmente no quisiera serlo puesto que la maternidad podría representar en su vida un impedimento profesional.

#### Figura Humana

El sexo de la figura corresponde con el de la participante. Sin embargo, corresponde únicamente al dibujo de un rostro. La omisión del cuerpo pone en evidencia entonces el conflicto y rechazo por el cuerpo, específicamente con el cuerpo femenino. Posible rechazo por parte de la figura materna y otras figuras femeninas relevantes.

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

Nuevamente reaparece el conflicto con el cuerpo, la participante explica estar consciente de sus inseguridades físicas y emocionales y poder tener el control sobre ellas, sin embargo, estas reaparecen nuevamente en la figura humana, además se evidencia una percepción de rechazo por parte de la madre y otras figuras femeninas.

Dado que la forma de relacionarse con el resto del mundo es una proyección de la ligazón con la madre, se puede decir que la participante proyecta en la relación con el padre, y con ello la relación que tiene con el mundo, la hostilidad y el rechazo que pudo haber percibido de forma inconsciente. La omisión del cuerpo se relaciona también con los síntomas del SOP y la negación de la participante a la maternidad. Sin embargo, se reconoce a lo femenino en el plano de la comunicación y el cuidado, se considera un modelo a seguir.

## Participante C

**Tabla 19**

### Entrevista

La participante responde a las preguntas, sin embargo, se percibe una actitud defensiva, las respuestas proporcionadas son generalmente cortas y de poco detalle. Los síntomas que presenta son: acné, hirsutismo y síndrome premenstrual. En su auto descripción menciona ser alegre y sensible, reconoce en ella cambios de humor recurrentes. Describe a la relación con su madre como mala, menciona haber tenido muchos conflictos durante la niñez debido al parecido de sus personalidades. La relación con su padre se considera distante, menciona haber sido mimada por él. Reconoce a la feminidad como una fuente de vida y creación, menciona tener más energía femenina que masculina, se considera maternal y afirma que, aunque a veces duda, le gustaría ser madre en el futuro.

### Figura Humana

La actitud de la participante varía, mientras realiza la figura sus defensas bajan y se siente cómoda mientras dibuja. Autoestima equilibrada. Índices de ansiedad e inseguridad. Descontento con el propio cuerpo y un rechazo al cuerpo femenino.

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

A pesar de la actitud defensiva de la participante se puede percibir un conflicto con respecto al cuerpo femenino. La relación conflictiva con la madre tiene que ver en esto, la percepción del propio cuerpo es una extensión de lo que la madre le dijo a la niña de forma verbal o no verbal. El hirsutismo es la forma en la que la mujer esconde su cuerpo del mundo, los cólicos menstruales dan cuenta de un conflicto con el órgano femenino.

Dada la ambivalencia de la ligazón madre - hija, aunque la madre ha representado aspectos negativos de la feminidad, responde también a la figura materna con la que la participante se siente identificada.

## Participante D

**Tabla 20**

### Entrevista

Durante la entrevista, la participante tiene una actitud cooperativa y responde de forma abierta a las preguntas. En cuanto al SOP, los síntomas que se presentan son: acné, amenorrea, síndrome premenstrual y cólico menstrual. Cuando se describe a sí misma manifiesta estar en la búsqueda de su paz interior, formando y creándose. Menciona tener fallas y estar trabajando en ellas. Menciona haber sido una niña mimada, describe haber tenido una mala relación con su madre durante la adolescencia, sin embargo, reconoce en su madre una figura de fortaleza y carácter. Su padre ha estado ausente desde sus dos años de edad. Percibe a lo femenino como algo delicado y de carácter activo a la vez, menciona no haberse sentido femenina durante la adolescencia y reconocer ahora haber empezado a expresar su feminidad. Expresa no querer ser madre hasta comprender la vida en el modo en el que ella desea.

### Figura Humana

La participante disfruta de realizar la figura, se evidencia una sensación de comodidad y apertura. La edad que se le atribuye a la figura corresponde a la de la participante. Autoestima equilibrada, identificación con el sexo femenino sin embargo existen índices de ansiedad e inseguridad, así como una compensación sexual inconsciente.

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

De acuerdo a la tabla anterior, la participante experimenta los síntomas más comunes del SOP esto se relaciona con los índices de ansiedad e inseguridad que presenta la figura humana. Se reconoce una autoestima equilibrado, se menciona estar trabajando en el crecimiento personal. La relación con la madre nuevamente responde a un vínculo conflictivo y ambivalente, a partir de ello la percepción de lo femenino como delicado y fuerte a la vez.

## Participante E

### Tabla 21

#### Entrevista

La actitud de la participante, durante la entrevista, es cooperativa, está dispuesta a responder las preguntas. Con respecto al SOP, el acné, la amenorrea y el síndrome premenstrual son los síntomas identificados. En su auto descripción incluye ser tranquila y analítica, tiene un interés por conocer cómo funciona su cuerpo. Menciona haber tenido complejos con respecto a su cuerpo. Durante su niñez percibe a su madre como una figura ausente, exigente, sobreprotectora pero también amorosa. Reconoce a su madre como una figura de poder en el hogar, su padre por otra parte se reconoce cómo figura débil y que no toma decisiones, dice haber sido mimada por él. La participante reconoce a la feminidad como capacidad intuitiva, delicadeza, fuerza e inteligencia. Se reconoce como femenina y considera poder desarrollar en ella las cualidades que considera como tales, entre ellas lo maternal y con ello su deseo de ser madre a futuro.

#### Figura Humana

La participante tarda algunos segundos antes de empezar la figura, se muestra cómoda. La edad de la figura corresponde a la edad de la participante. Se enfoca mucho en remarcar detalles. Escasa autovaloración. Tendencia a la agresividad, descontento con el propio cuerpo.

\*Tabla realizada por Nicole Camacho Arteaga, 2018

La participante pone en evidencia un conflicto con el cuerpo, tanto de forma verbal como en la figura humana. Los síntomas del SOP que se presentan corresponden a una dificultad para relacionarse con el cuerpo femenino. La ligazón con la madre da cuenta de la percepción de la feminidad en la participante. Las cualidades femeninas que la participante percibe de su madre, son aquellas con las que ella misma se identifica y posiblemente aquellas que menciona que desea desarrollar.

## 4.2.4 Discusión por indicadores

A partir de los resultados, es posible ahora hacer un análisis en relación a lo trabajado en el primer y tercer capítulo, con respecto a la estructuración de la feminidad y el SOP respectivamente. A continuación, un análisis en base a los indicadores propuestos anteriormente. Con respecto a los indicadores de la variable independiente se analizó la *posición subjetiva positiva o negativa con respecto al ser mujer, ser femenina*

y *ser madre*. Para el análisis de los indicadores de la variable dependiente se tomó en cuenta la presencia o ausencia de los síntomas del SOP: *hirsutismo, anovulación, amenorrea, oligoamenorrea, cólico premenstrual y cólico menstrual*. (Ver tabla 1, p. 38)

Dentro de los indicadores iniciales, en todas las participantes se evidenció una posición tanto positiva como negativa con respecto al ser mujer, ser femenina y ser madre. La naturaleza ambivalente de la ligazón de la madre con la niña permite comprender como estas participantes han estructurado su feminidad. (Ver tabla 8, p. 47)

En todos los casos, lo femenino se percibe por una parte desde una *posición positiva* en tanto representa fortaleza, carácter, acción, ciclicidad, cuidado, afecto, comunicación y maternidad; por otra parte, se percibe desde una *posición negativa*, el ser mujer, ser femenina y ser madre se vincula con peligro, sobreprotección, discordia, hostilidad, ausencia, exigencia extrema y fragilidad. (Ver tabla 10, p.50)

Todas las participantes se consideran femeninas, reconocen en ellas tanto con cualidades positivas y negativas con respecto al ser mujer, en algunos casos se menciona el interés por el desarrollar estas cualidades positivas y deslindarse de las negativas.

En tres de los cinco casos, *el ser madre* en el futuro inmediato tiene una connotación negativa, podría dar lugar a la sobreprotección, implica una responsabilidad no deseada y la relación con un masculino podría ser irresponsable. Esto da cuenta de un temor a repetir aquello que percibieron sus madres no realizaron de la mejor manera. Del mismo modo se reconoce esta identificación, aunque de manera positiva en dos de los casos. Las mujeres conciben al ser madre como una oportunidad para entregar amor y desarrollar ese instinto maternal que perciben en ellas mismas. (Ver tabla 11, p.52)

En cuanto a los indicadores con respecto al SOP, la *anovulación* estuvo presente en todas las participantes, en algunos casos como *amenorrea, oligoamenorrea* o *dismenorrea*. Todas las participantes presentaron como síntoma la ausencia de menstruación, ya sea por periodos cortos o largos. La menstruación corresponde a la primera expresión de la feminidad, el paso de ser niña a ser mujer, su ausencia tiene que ver con un conflicto con respecto al órgano femenino el mismo que, como vimos anteriormente tiene que ver con la ligazón de la madre con la niña. Estas mujeres rechazan de manera inconsciente su feminidad y la posibilidad de ser madres, esto se manifiesta a través del síntoma médico en el cuerpo. (Ver tabla 3 y 4, p. 40,41)

En cuatro de cinco casos se menciona haber experimentado la presencia de cólicos menstruales, síntoma que va de la mano con el síndrome premenstrual, cambios de humor

constantes y variaciones en el apetito. Estos síntomas pueden dar cuenta de una preocupación y sentimiento de rechazo al propio cuerpo, el periodo menstrual le recuerda a la mujer que pertenece a lo femenino desde la negatividad, el ser menstruante se percibe como débil, hostil y frágil. La menstruación podría además recordarle a la mujer que no es capaz de alcanzar su propio deseo, aun cuando este no sea necesariamente ser madre. (Ver tabla 5, p. 42)

Una de las cinco participantes presenta *hirsutismo*, los síntomas en el SOP varían en cada mujer. Se reconoce que de los casos estudiados la producción excesiva de vello no corresponde necesariamente a un síntoma frecuente. El hirsutismo se presenta como una forma de esconder el cuerpo, esto se liga al rechazo al cuerpo femenino. Como se puede observar las participantes cumplieron con todos los indicadores iniciales, la posición subjetiva con respecto al ser mujer, ser femenina y ser madre es tanto negativa como positiva. Cada mujer expone su posición de acuerdo a su historia de vida.

## Conclusiones

La estructuración de la feminidad ha de variar de acuerdo a la historia vital de cada mujer y está determinada por sus relaciones primarias, es decir la ligazón con la madre, y a partir de ella la ligazón con el padre. El vínculo entre la madre y la niña corresponde a la resolución o la no resolución del Complejo de Edipo, esta resolución da lugar a la identificación con la madre y con ello su identificación con lo femenino. La forma en la que la mujer concibe a la feminidad está marcada también por aquello que se le manifestó de forma verbal y no verbal con respecto al ser femenino, la relación con el cuerpo y la maternidad. La feminidad no puede ser definida de forma general, sino que se estructura de forma subjetiva tanto de forma positiva como negativa.

El fenómeno psicosomático se concibe por fuera del lenguaje, es decir fuera del discurso por lo que queda apartado del análisis, está en el orden de lo real. La lesión aparece en lugar del Nombre-del-Padre, esto que no se puso en palabra se establece en el plano del goce, goce del cuerpo específicamente, y como no está en el sujeto, no puede hablar por sí solo. Se diferencia del síntoma conversivo pues corresponde a una lesión orgánica verificable que carece de origen físico, es la palabra que no ha sido manifestada, que queda atrapada en el cuerpo y que se convierte en una enfermedad. El fenómeno psicosomático se ubica en el orden de la psicosis, el síntoma conversivo en cambio es capaz de estructurarse en el lenguaje, como en el caso de histeria; vale la pena recalcar que esto no implica que quien padece un fenómeno psicosomático tiene una estructura psicótica. La elección del órgano que se enferma no es al azar, sino que tiene que ver con un conflicto que no ha sido puesto en el campo de la palabra y no está resuelto, la enfermedad aparece para darle un sentido de equilibrio al sujeto. De forma inconsciente el sujeto busca mantener este equilibrio y es capaz de vivir con su síntoma sin acudir al médico.

El Síndrome de Ovario Poliquístico es una disfunción del sistema endócrino cuyos síntomas se presentan de forma particular en cada mujer. La etiología de la enfermedad es desconocida por la medicina, las hipótesis psicosomáticas mencionan al SOP en el plano de lo real. Relacionan a la enfermedad con un conflicto con respecto a la feminidad y la relación con los órganos femeninos, es decir existe un conflicto con la relación con la madre. La amenorrea da cuenta de un rechazo al convertirse en mujer, querer quedarse niña y ser cuidada por la madre. La anovulación tiene que ver con el negarse a la

maternidad, por temor a alcanzar la completud de la que se le ha de despojar posteriormente al separarse de su hijo. Los cólicos menstruales son la manifestación de la ira por ser mujer y serlo en un mundo patriarcal, es una protesta del cuerpo.

La hipótesis que se planteó en la investigación fue: Los conflictos presentes, no resueltos y no apalabrados en la estructuración de la feminidad inciden en la formación del fenómeno psicósomático en el SOP. Los resultados del estudio indicaron que la relación que existe entre la estructuración de la feminidad y el Síndrome de Ovario Poliquístico tiene que ver con la formación del primer vínculo entre la madre y el bebé.

En el grupo estudiado, la naturaleza de este vínculo es de carácter ambivalente, las mujeres manifestaron tener relaciones de amor y conflicto con sus madres. Las participantes encuentran en sus figuras maternas un modelo femenino positivo al cual desean alinearse y de la misma manera, un representante negativo con respecto a la feminidad.

Esta ambivalencia genera un conflicto que no ha sido puesto en el campo de la palabra y que da lugar a la formación del fenómeno psicósomático: Síndrome de Ovario Poliquístico. Estas mujeres se enfrentan a una lucha contra su posición con respecto al ser mujer, ser femenina y ser madre. La pregunta en la que se obtuvieron respuestas con el mayor número de variaciones fue: ¿Te gustaría ser madre en el futuro? ¿Por qué? Pregunta que apunta a la posición subjetiva de cada participante con respecto a su propia maternidad. La interpretación del test de la Figura Humana corroboró lo trabajado en la entrevista semiestructurada con respecto a un conflicto con el cuerpo. Al afrontar una lucha con lo femenino de la que no pueden hablar, las mujeres presentan entonces síntomas del SOP como una resolución de la psique por exteriorizar eso que no puede ser puesto en la palabra, que está en el campo de lo real. No se ha podido simbolizar el conflicto ambivalente con la madre, con lo femenino, con lo materno.

## **Recomendaciones**

De acuerdo a lo propuesto anteriormente, se recomienda: tomar en cuenta la importancia de la subjetivación en el tratamiento de enfermedades orgánicas, específicamente en el tratamiento de enfermedades relacionadas a los órganos femeninos, más aún cuando no existe una etimología que pueda dar cuenta del origen de la enfermedad.

En el caso del SOP, se recomienda a las mujeres que lo padecen que busquen un tratamiento tanto médico como clínico. El trabajo conjunto entre el ginecólogo y el psicólogo podrían ayudar a las pacientes a aliviar los síntomas y alcanzar la cura de una forma más efectiva, en tanto puedan entender el origen psíquico de su padecimiento.

Los resultados de la presente investigación lograron recabar información que se enfocó en la relación con lo materno, se recomienda explorar con respecto a la relación con el padre y/u otras figuras femeninas importantes. En este caso se tomaron en cuenta solamente mujeres entre los 18 a los 25 años de edad, es recomendable también realizar un estudio que se enfoque en rangos diferentes de edad para explorar la variación y prevalencia de los síntomas.



## Bibliografía

- Aguilar, D. C. (2012). Alteraciones Menstruales. *Clases de Residentes de 2012*, 16.
- Aguilar, M. (2016). Mujeres, goce y ética. *Debate feminista*, 424-428.
- Braunstein, N. (1960/2005). *Goce*. Buenos Aires: S XXI Editores.
- Chiozza, L. (1975). Cuerpo, afecto y lenguaje. *Revista Brasileira de Psicoanálise*, vol. 9, N° 243, 243-257.
- Chiozza, L. (1976). *El Psicoanálisis y la Medicina*. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Chiozza, L. (2008). *¿Por qué enfermamos?: La historia que se oculta en el cuerpo. (Obras Completas Tomo XIV)*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Clement, C., & Kristeva, J. (1998). *Lo femenino y lo sagrado*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Cuadrado, C., & Galera, F. (2007). Anovulación-disovulación. Síndrome de ovario poliquístico. *Estudio y tratamiento de la pareja estéril*, 111-126.
- Dolto, F. (1981). *En el juego del deseo*. Madrid: Ediciones Siglo XXI.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Dolto, F. (1999). *Sexualidad Femenina. Libido, erotismo, frigidez*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Farré, M. S., Marcet, C., & Rigo, M. (2001). ¿Qué es la psicósomática para el psicoanálisis? *Revista Internacional de Dermatología y Dermocosmética.*, 8.
- Fertilidad, S. E. (2011). *Saber más sobre FERTILIDAD y REPRODUCCIÓN ASISTIDA*. Madrid: SEF, Sociedad Española de Fertilidad.
- Flores, M. R. (2012). Síndrome de ovario poliquístico: el enfoque del internista. *Med Int Mex*, 47-56.
- Freud, S. (1924/1992). *El sepultamiento del complejo de Edipo (Obras Completas Tomo XIX)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1925/1974). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1931/1992). *Sobre la sexualidad femenina (Obras Completas Tomo XXI)*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1968/1991). *Conferencia 33. La Femenidad (Obras Completas Tomo XXI)*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gamboa, I., & Perez, M. (2015). SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS: REVISION BIBLIOGRÁFICA. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 175-181.
- Hincapié, S., & Benavides, A. (2014). El Síndrome de Ovario Poliquístico y su relación con el ciclo vital de la mujer. *CES Movimiento y Salud*, 89-100.
- Kristeva, J. (1998). Sobre la extrañeza del falo o lo femenino entre ilusión y desilusión. *Psicoanálisis de APdeBA*, 19.
- Kristeva, J. (2000). *Historias de Amor. Mater Sabat*. México: Siglo XXI Editores.
- Lacan, J. J. (1936/2009). *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica, Escritos I, Tomo I*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. J. (1954-1955/1997). *Seminario II. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica 1954-1955*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lacan, J. J. (1955-1956/1989). *Seminario III. Las Psicosis 1955-1956*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Lacan, J. J. (1971/2013). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Lacan, J. J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma* (p. 47). Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- McDougall, J. (1993, Junio 27). *Alegato por una cierta Normalidad*. Retrieved from Scribd: <https://es.scribd.com/doc/240717161/Alegato-por-una-cierto-anormalidad-OCR>
- McDougall, J. (1996). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julian Yenebes S. A.
- McDougall, J. (1998). *Las Mil y Una Caras del Eros*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Miller, J.-A. (1994). Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático. In *MATEMAS II* (pp. 173-181). Buenos Aires: Ediciones Manantial.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador, M. (2015). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP.
- Montero, M. D. (2010, Marzo 11). *ANOVULACIÓN: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO*. Retrieved from Clases de Residentes 2010: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2010\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_diagnostico_y_tratamiento_.pdf)
- Nasio, J. D. (1997). *Los Gritos del Cuerpo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y Sus imágenes*.
- Nasio, J. D. (2013). *Por qué repetimos siempre los mismo errores?* Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Pescador, M. I. (2016). Quiste de ovario (quiste ovárico). *Onmeda*, 1.
- Posada, P. (1999). Saber y Verdad. *Affectio Societatis*, 13.
- Quintero, M. E. (2015). Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. Opciones de tratamiento. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 269-279.
- Sacoto, D., & Luzuriaga, C. (2008). *Aproximaciones Teóricas de la Noción de Maternidad desde la obra de "Yerma" de Garcia Lorca*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Saldías, P., & Lora, M. E. (2006). Síntoma Conversivo en la Histeria. *Ajayu*, 16.
- Sandoval, I. (2005, Febrero 05). *El síntoma conversivo y el fenómeno psicósomático. Algunas distinciones desde la teoría psicoanalítica*. Obtenido de SCRIB: <https://es.scribd.com/document/318450052/El-si-toma-conversivo-y-el-fenomeno-psicosomatico>
- Sir-Petermann, T., Preslier, J., & Magendzo, A. (2013). SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO. Diagnóstico y Manejo. *Rev. Med. Clin. Condes*, 818-826.

## **Anexos**

### **Guía de entrevista**

Fecha de la entrevista:

Edad:

Ocupación:

Fecha de diagnóstico del SOP:

¿Cómo te sentiste frente al diagnóstico y el tratamiento?

¿Cuáles fueron los síntomas que se presentaron antes y después del diagnóstico?

¿Qué tratamiento se sugirió y cuál se realizó? ¿Cuánto tiempo duró?

¿Podrías describirte a ti misma?

Describe ¿Cómo fue tu infancia? ¿Cómo era la relación con tu madre y

¿Cómo era la relación con tu padre?

¿Qué significa feminidad para ti? ¿Te consideras “femenina”?

¿Eres madre? o ¿Te gustaría ser madre en el futuro? ¿Por qué?

## **Consentimiento Informado**

**Nicole Camacho Arteaga**

**Documento de Consentimiento Informado dirigido a mujeres entre 18 a 25 años con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico de la ciudad de Quito y se les invita a participar en la investigación “La estructuración de la feminidad con relación al fenómeno psicosomático: Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)”**

**Pontificia Universidad Católica del Ecuador**

**Msc. Paulina Barahona**

**La estructuración de la feminidad con relación al fenómeno psicosomático:**

**Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)**

**Este Documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:**

- **Información**
- **Formulario de Consentimiento**

**\*Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado**

### **PARTE I: Información**

#### **Introducción**

Yo, Nicole Camacho Arteaga, estudiante de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy investigando acerca de la relación que existe entre la estructuración de feminidad y el Síndrome de Ovario Poliquístico, enfermedad común en mujeres en edad fértil. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o a la directora de la investigación, Msc. Paulina Barahona.

## **Propósito**

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una disfunción endocrino-metabólica, afecta entre el 6.5% - 10% de mujeres en edad fértil. No existe aún evidencia de las causas biológicas de la enfermedad, en la mayoría de casos es desconocida por las mujeres que la padecen hasta su diagnóstico médico puesto que, la presencia de los síntomas afecta a cada paciente de forma particular. El propósito de la investigación es analizar al fenómeno psicosomático: SOP con relación a la estructuración de la feminidad.

## **Tipo de Intervención de Investigación**

Esta investigación implica la participación de una entrevista semiestructurada y la aplicación del Test de la Figura Humana de Machover.

## **Selección de participantes**

Estoy invitando a mujeres entre 18 a 25 años con diagnóstico de SOP de la ciudad de Quito, para participar en la investigación, el método utilizado es el de bola de nieve.

## **Participación Voluntaria**

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

## **Procedimientos y Protocolo**

Le pediré que responda a preguntas acerca de su diagnóstico de SOP, su historia vital, así como la descripción de ciertos términos con respecto a la feminidad, la información se grabará en audio y a través de apuntes por parte del investigador. Además, le pediré que realice un dibujo y se realizan preguntas acerca del mismo.

## **Duración**

La duración de la entrevista es de aproximadamente una hora y media a dos horas.

## **Riesgos**

Al participar en esta investigación no se presentan riesgos de tipo físico o psicológico.

## **Confidencialidad**

No compartiré la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá una letra en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su letra y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto Msc. Paulina Barahona, directora de la investigación.

## **Compartiendo los Resultados**

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá una exposición de la investigación como parte de la disertación del investigador principal. Después de esta exposición se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de la investigación.

## **Derecho a negarse o retirarse**

Usted no tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

## **A Quién Contactar**

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar cualquiera de las siguientes personas: Nicole Camacho Arteaga, investigador principal, (0984345719), Msc. Paulina Barahona, directora de la investigación, (0998955427).

## **PARTE II: Formulario de Consentimiento**

He sido invitada a participar en la investigación acerca de La estructuración de la feminidad con relación al fenómeno psicosomático Síndrome de Ovario Poli quístico. Entiendo que participare de una entrevista semiestructurada y la aplicación de un testeo proyectivo. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y el teléfono que se me ha dado de esa persona.

**He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.**

**Nombre del Participante**\_\_\_\_\_

**Firma del Participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_